

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky



Diplomová práce

**Postavení zdravotně znevýhodněného obyvatelstva
na trhu práce ve Zlínském kraji**

Bc. Petra Zavadilová

© 2020 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Petra Zavadilová

Hospodářská politika a správa
Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva na trhu práce ve Zlínském kraji

Název anglicky

Situation of disadvantaged groups in the Zlín Region

Cíle práce

Cílem práce je zjistit postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva na trhu práce ve Zlínském kraji na základě vybraných ukazatelů. Řešení se zaměří na uplatnění zdravotně znevýhodněných osob na trhu práce, na jejich integraci, na možnosti výběru pracovních nabídek a na nalezení odpovídajícího zaměstnání. Při zpracování se bude vycházet z platné legislativy, z konzultací s odbornými pracovníky, z odborné literatury a z osobních zkušeností. Podkladové údaje budou čerpány převážně z krajského úřadu práce, z MPSV a z údajů Komise rady Zlínského kraje pro zdravotně znevýhodněné a postižené obyvatelstvo. Výsledkem řešení budou návrhy a doporučení pro lepší uplatnění zdravotně znevýhodněných na trhu práce v kraji.

Metodika

Podkladové údaje budou zpracovány metodami z oblasti časových řad. Některá data mohou být získána kvantitativním výzkumem a zpracována přiměřenými metodami.

Harmonogram:

Studium dostupné literatury a odborných textů: 03/2016-09/2016

Předložení literární rešerše: 10/2016

Sběr dat a jejich analýza: 08/2016-01/2017

Předložení konečné podoby textu diplomové práce: 02/2017

Doporučený rozsah práce

60-80 stran

Klíčová slova

Zdravotně znevýhodněné osoby, trh práce, zaměstnanost, sociální politika, integrace, rekvalifikace, poradenství

Doporučené zdroje informací

KOLIBOVÁ, H. Sociální politika 1. 1. vyd. Opava: OPTYS, 2007. 130 s. 2005. ISBN 978-80-85819-62-5.

KRHUTOVÁ, L. a kol. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 270 s. ISBN 80-244-1168-7.

LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. Úvod do sociální práce. Trnava: Fakulta zdravotnictva a sociální práce TU v Trnave, 2004. 124s . ISBN 80-89104-35-5.

MATOUŠEK, O. Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.

OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L. Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 159 s. ISBN: 978-80-210-5536-0.

PROCHÁZKOVÁ, L. Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce. Brno: MSD, 2009. 170 s. ISBN 978-807-3920-944

SVATOŠOVÁ L., PRÁŠILOVÁ, M. Statistické metody v příkladech, Praha: ČZU v Praze, 2008. ISBN 978-80-213-1673-7.

Předběžný termín obhajoby

2019/20 LS – PEF

Vedoucí práce

doc. Ing. Marie Prášilová, CSc.

Garantující pracoviště

Katedra statistiky

Elektronicky schváleno dne 27. 2. 2018

prof. Ing. Líbuše Svatošová, CSc.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 5. 3. 2018

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 02. 04. 2020

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Postavení zdravotně znevýhodněného skupin obyvatelstva na trhu práce obyvatelstva ve Zlínském kraji" jsem vypracoval(a) samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne:

2. 4. 2020

Poděkování

Chtěla bych vyjádřit poděkování především paní doc. Ing. Marii Prášilové, CSc. Za její pomoc a ochotu při odborných konzultacích při zpracování mé diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině a přátelům, kteří mě v celém průběhu studia podporovali.

Souhrn

Diplomová práce se zabývá postavením zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva ve Zlínském kraji. Teoretická část obsahuje základní pojmy týkající se zdravotního znevýhodnění obyvatelstva, uplatnění zdravotně postižených na trhu práce, možností rekvalifikací, zaměstnávání znevýhodněného obyvatelstva, péče o tyto skupiny, podporu a příspěvek na zapracování. Empirická část je zaměřena na statistickou analýzu nezaměstnaných skupin obyvatelstva na trhu práce ve Zlínském kraji a na analýzu dotazníkového šetření provedeného za účelem ověření platností stanovených hypotéz. V závěru diplomové práce jsou vyhodnoceny výsledky analýz a také navrženy opatření pro zlepšení postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva ve Zlínském kraji a jejich pracovního uplatnění.

Klíčová slova: Zdravotní znevýhodnění, zaměstnanost, sociální politika, integrace, rekvalifikace, práva, poradenství, pracovní místo, rehabilitace, úřad práce.

Situation of disadvantaged groups in the Zlin region

Summary

The thesis deals with the status of health of disadvantaged groups in region. It contains basic concepts related to health disadvantage of the population, the disabled on the labor market, retraining opportunities, the employment of disadvantaged people, care for these groups support and on training contribution. Empirical part is focused on statistical analysis of the unemployed population groups in the labor market in the Zlin region and analysis of a survey carried out in order to verify the validity of hypotheses. In conclusion, the thesis analyzed the results of analyzes and proposed measures to improve the health status of disadvantaged groups in the Zlin region and their employment opportunities.

Keywords: Health disadvantage, employment, social policy, integration, retraining, law, counseling, job rehabilitation, employment office.

Obsah

| | |
|---|-----------|
| Česká zemědělská univerzita v Praze | 0 |
| 1 Úvod..... | 10 |
| 2 Cíl práce a metodika | 12 |
| 2.1 Cíl práce | 12 |
| 2.2 Metodika práce..... | 12 |
| 2.2.1 Analýza časových řad | 12 |
| 2.2.2 Elementární charakteristiky časových řad | 13 |
| 2.3 Kvantitativní výzkum..... | 13 |
| Literární rešerše..... | 14 |
| 2.4 Zdravotní znevýhodnění..... | 14 |
| 2.4.1 Charakteristika znevýhodněných skupin obyvatelstva | 15 |
| 2.5 Zdraví a zdravotní znevýhodnění..... | 16 |
| 2.6 Změny osobnosti osob se zdravotním znevýhodněním | 18 |
| 2.6.1 Uplatnění zdravotně znevýhodněných osob | 19 |
| 2.7 Sociální politika a osoby se zdravotním znevýhodněním | 21 |
| 2.8 Integrace osob se zdravotním znevýhodněním do společnosti | 21 |
| 2.9 Práva osob se zdravotním handicapem | 22 |
| 2.10 Postavení osob se zdravotním znevýhodněním..... | 23 |
| 2.10.1 Poradenství pro osoby se zdravotním znevýhodněním..... | 24 |
| 2.11 Zaměstnávání osob s handicapem | 25 |
| 3 Charakteristika vybraného kraje | 27 |
| 3.1 Nezaměstnanost ve Zlínském kraji | 29 |
| 3.2 Projekty pro osoby se zdravotním znevýhodněním a postižením..... | 30 |
| 3.3 Výhody zaměstnávání OZZ | 32 |
| 3.4 Stát jako podpora OZZ..... | 34 |
| 3.5 Právní normy v postavení k OZZ..... | 36 |
| 4 Vlastní práce | 37 |
| 4.1 Přístup Úřadu práce Zlínského kraje k osobám se zdravotním znevýhodněním | 37 |
| 4.2 Podíl nezaměstnanosti Zlínského kraje v porovnání ČR | 37 |
| 4.3 Podíl osob se zdravotním znevýhodněním na celkovém počtu uchazečů dle určitých parametrů..... | 37 |
| 4.4 Vývoj zaměstnanosti v okrese Zlín | 40 |
| 4.5 Vlastní dotazníkové šetření | 41 |
| 4.5.1 Hypotézy | 42 |
| 4.5.2 Obecné otázky pro zařazení respondenta..... | 42 |
| 4.5.3 Rozdělení respondentů dle zdravotního omezení | 43 |
| 4.5.4 Vyhodnocení otázek dotazníkové šetření v závislosti na zaměstnání | 44 |
| 4.6 Vliv zdravotní pracovní neschopnosti na zaměstnání | 48 |
| 4.6.1 Zhodnocení finančního postavení OZZ | 48 |
| 4.7 Změna existenčních podmínek v závislosti na příjmech OZZ..... | 50 |
| 4.8 Dílčí otázky vlastní práce..... | 50 |
| 4.9 Dílčí závěry výzkumu a jejich doplnění..... | 51 |
| 5 Návrhy a doporučení | 54 |
| 6 Závěr..... | 55 |
| 7 Seznam použitých zdrojů | 57 |
| 8 Seznam obrázků | 60 |
| 9 Seznam tabulek | 61 |
| 10 Seznam použitých zkratk..... | 62 |

| | |
|---|-----------|
| 11 Přílohy | 63 |
| Příloha č. 1 – Dotazník | 64 |
| Příloha č. 2 Podíl uchazečů ÚP Zlínského kraje v poměru s ČR za rok 2018 [38]..... | 68 |

1 Úvod

Téma Zdravotně znevýhodněné obyvatelstvo ve Zlínském kraji na trhu práce jsem si vybrala záměrně, jelikož je mi velmi blízké. Již 13 let pracuji jako učitelka na Praktické škole dvouleté, kde se denně setkávám s lidmi s různým postižením a handicapem či znevýhodněním. Velmi často navštěvujeme různé instituce z důvodu školní praxe, které se přímo zaměřují na zaměstnávání zdravotně znevýhodněných osob a tudíž je pro naše žáky snažší najít práci po ukončení školy. V dnešní době jsou převážně již školy přizpůsobeny tak, aby vyhovovaly normám a potřebám žáků jak se zdravotním či jiným handicapem, ale ve chvíli, kdy opouští školská zařízení jsou odkázáni sami na sebe.

V dospělosti musí každý člověk přebrat sám za sebe zodpovědnost a vypořádat se tak s dnešními nástrahami života. A proto zdravotní znevýhodnění lidé patří nepochybně do jedné z nejvíce diskriminovaných skupin naší společnosti. Postupem času se přístup k zdravotně znevýhodněným vyvinul na sociální, který se soustřeďuje v první řadě na odstranění překážek a plnou účast těchto osob v každé oblasti života. Těžce zdravotně postižený člověk touží po stejných věcech a příležitostech jako zdravý. Přístup k nim má většinou zamezen.

Na rozdíl od příslušnosti k národnostní menšině, o níž se rozhoduje každý dobrovolně, příslušnost k menšině zdravotně postižených není obvykle dobrovolná, není výsledkem vlastní volby. Ve vztahu ke zdravotnímu znevýhodnění, a tedy i k lidem se zdravotním postižením, se v historii rozvinuly dva modely přístupu. Medicínský model říká, že nevýhody, které člověk se zdravotním postižením musí snášet, jsou přímým následkem jeho postižení. Naproti tomu sociální model, který se rozvíjí od poloviny minulého století, zdůrazňuje, že zdravotní postižení je takzvaný „společenský výtvar“ a tedy vzniká působením různých bariér ve společnosti.

Podle provedených výzkumů sami občané se zdravotním postižením potvrzují, že nestojí o soucit, nechtějí být jen obsluhováni v nejlepších ústavech a nemocnicích, ale podobně jako všichni ostatní lidé, chtějí vést normální osobní a rodinný život, žít ve vlastním bytě, najít si odpovídající pracovní a společenské

uplatnění a tím dosáhnout osobní uspokojení. Chtějí mít stejná práva jako lidé bez zdravotního omezení i když je zřejmé, že často budou potřebovat pomoc jiné osoby.

Současný způsob řešení problémů zdravotního znevýhodnění je výsledkem vývoje za posledních dvě stě let, v mnohém odráží obecné podmínky života, sociální a hospodářskou politiku jednotlivých období.

V naší společnosti je velmi důležité, abychom mimo jiné neustále podporovali růst úkoly právního vědomí jako preventivně – výchovného činitele proti porušování práva a současně, abychom prohlubovali výchovné působení společnosti na ty, kteří porušují pravidla soužití a výsledkem tohoto náročného procesu musí být nejen zachování principů a základních práv a svobod společnosti, ale i vytváření kvalitativně vyšších vztahů mezi občany a společností jakož i mezi občany navzájem.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zjistit postavení zdravotně znevýhodněných skupin obyvatelstva na trhu práce ve Zlínském kraji na základě vybraných ukazatelů. Řešení se zaměří na uplatnění zdravotně znevýhodněných osob na trhu práce, na jejich integraci, na možnosti výběru pracovních nabídek a na nalezení odpovídajícího zaměstnání. Součástí diplomové práce je dotazníkové šetření provedené za účelem ověření stanovených hypotéz. Výsledkem řešení budou návrhy a doporučení pro lepší uplatnění osob zdravotně znevýhodněných (dále jen OZZ) na trhu práce v kraji.

2.2 Metodika práce

Při zpracování teoretických a praktických východisek se bude vycházet z platné legislativy, z konzultací s odbornými pracovníky, z odborné literatury a z osobních zkušeností. Podkladové údaje budou čerpány převážně z krajského úřadu práce, z MPSV a z údajů Komise rady Zlínského kraje pro zdravotně znevýhodněné a postižené obyvatelstvo. Podkladové údaje budou zpracovány metodami z oblastí časových řad.

Analýza časových řad patří mezi nejdůležitější statistické úlohy, je to soubor metod, který vede k posloupnosti hodnot sledovaného ukazatele, který je uspořádán v čase a díky tomu můžeme předvídat budoucí chování časových řad. [24]

2.2.1 Analýza časových řad

Časová řada je posloupnost hodnot sledovaného ekonomického ukazatele, který je uspořádán v čase. Jedná se o posloupnost věcně a prostorově srovnatelných pozorování, která jsou jednoznačně uspořádána od minulosti po přítomnost. Analýza časových řad je tedy soubor metod, které slouží k popisu a předvídaní budoucího chování časových řad.

2.2.2 Elementární charakteristiky časových řad

Slouží k rychlé informaci o charakteru a chování ukazatele v časové řadě.

První absolutní diference

$$d_{1i} = y_i - y_{i-1}$$

- udává absolutní změnu hodnoty znaku **Y** oproti předchozímu období pro **i = 1,2,3.....n**.

y_i - je hodnota znaku v určitém období.

y_{i-1} - je hodnota znaku v předchozím období.

Koeficient růstu (tempo růstu, řetězový index)

$$K_i = \frac{y_i}{y_{i-1}} \cdot 100 [\%]$$

- udává úroveň ukazatele v % oproti úrovni minulého měsíce.

2.3 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum je souhrn dat, jež je při sběru zaměřen na více respondentů, než při výzkumu kvalitativním. Jedná se o hledání vztahů mezi více proměnnými neboli mezi odpověďmi více respondentů na shodné otázky. Díky své podstatě výzkum vychází z matematicko-statistických metod. Kdy výsledek je tvořen vyhodnocením jednotlivých odpovědí, stanovení procentuálních hodnot odpovědí a následnými kombinacemi či filtracemi odpovědí se vzájemnou návazností. Tedy určením více jak jedné podmínky pro určení hledané odpovědi.

Kvantitativní výzkum se opírá především o sociální realitu bez závislosti na osobnosti respondenta a výzkumníka, čehož je docíleno stručně a jasně položenou otázkou s následným výběrem předem stanovených odpovědí mnohdy bez osobního kontaktu, avšak pouhým šířením dotazníkového dokumentu. Předložený soubor otázek a odpovědí vyplývá z předem stanovených hypotéz práce. Cílem kvantitativního výzkumu je testování předem známých hypotéz, nikoliv jejich vytváření.

Literární rešerše

2.4 Zdravotní znevýhodnění

„Zdraví představuje pro člověka podle různých sociologických výzkumů nejdůležitější hodnotu, pravděpodobně z důvodu, že člověk si uvědomuje souvislost mezi dobrým zdravotním stavem a kvalitou svého života“ (Matulayová, 2001, s. 247).

Mnoho lidí však bere dobrý zdravotní stav jako něco samozřejmého, neuvědomuje si dopady nepříznivého zdravotního stavu na život člověka. Jedním z důvodů může být i skutečnost, že se přímo nesetkávají s lidmi se zdravotním znevýhodněním, neznají proto jejich potřeby, omezení a bariéry, které lidé musí každodenně překonávat. Na rozdíl od příslušnosti k národnostní menšině, o níž se rozhoduje každý dobrovolně, příslušnost k menšině zdravotně postižených není obvykle dobrovolná, není výsledkem vlastní volby. Ve vztahu ke zdravotnímu stavu, a tedy i k lidem se zdravotním postižením, se v historii rozvinuly dva modely přístupu. Medicínský model říká, že nevýhody, které člověk se zdravotním postižením musí snášet, jsou přímým následkem jeho postižení. Naproti tomu sociální model, který se rozvíjí od poloviny minulého století zdůrazňuje, že zdravotní znevýhodnění je takzvaný „společenský výtvar“ a tedy vzniká působením různých bariér ve společnosti.

Když se řekne „zdravotně znevýhodněný občan“ většina z nás si představí člověka na vozíčku bez nohy nebo bez ruky, který je odkázán na pomoc druhých a se soucitem se snažíme vyhnout představě, že něco podobného může potkat i nás. Je to však jen prvotní asociace. Při hlubším zamyšlení zjistíme, že zdravotní handicap v sobě zahrnuje velké množství tělesných a duševních poruch, které sice způsobují takovým občanům omezení při provádění některých činností, avšak nemusí být závislí na pomoci druhých. Skupina osob se zdravotním znevýhodněním tvoří v naší zemi početnou minoritu. Častokrát se s těmito lidmi setkáváme, našim pohledem neunikne fakt, že trpí nějakým postižením a s lítostí před nimi sklápíme zrak.

Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou

činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. [30]

2.4.1 Charakteristika znevýhodněných skupin obyvatelstva

Pojem znevýhodněné skupiny není přesně definován. Setkáváme se s pojmem zdravotně znevýhodněné skupiny, ty jsou definovány nejpřesněji, protože se uvádějí i v zákoně o zaměstnanosti. Dále se užívá vymezení „sociálně znevýhodněné skupiny“, „kulturně znevýhodněné skupiny“, „skupiny znevýhodněné na trhu práce“ apod. Z hlediska výzkumu není terminologie jednotná, přesná. Kromě termínu znevýhodněné skupiny se užívá také terminologie ohrožené, a rizikové skupiny.

Člověk může být znevýhodněn:

- ekonomicky, nemusí to být vždy nezaměstnanost, může to být také různá odměna za stejnou práci např. z důvodu gender,
- sociálně (bydlení),
- zdravotně (vrozená nebo získaná vada, invalidita, dlouhodobá nemoc), nejčastěji jsou uváděny jako znevýhodněné skupiny osoby se zdravotním postižením (zrakově a sluchově handicapovaní, imobilní osoby),
- kulturně (etnicita),
- demograficky (z důvodu věku, vzdělání, pohlaví),
- právně (nedostatečná ochrana zakotvená v právu nebo nedostatečná kontrola uplatňování práva),
- skupiny ohrožené sociální exkluzí (ztráta zaměstnání, dlouhodobá nezaměstnanost, zadlužení a exekuce, návrat z výkonu trestu). [30]

2.5 Zdraví a zdravotní znevýhodnění

Zdraví zahrnuje více součástí, a to fyzické, psychické, spirituální, sociální, intelektuální a environmentální. Kompletní definice tohoto pojmu není jednoduchá. Nejznámější je jeho vymezení Světovou zdravotnickou organizací z roku 1947 (WHO), která definuje zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nejen jako absence nemoci či slabosti“. Naproti tomu, narušení tělesných nebo duševních funkcí, které může vyústit do snížené výkonnosti nebo zkrácené délky života, nazýváme nemocí. Ta může být zvládnuta, případně narůst do trvalých následků, invalidity či přechodu do chronického stadia onemocnění.

Podle WHO v současnosti můžeme hovořit o tzv. třídídimenzionální koncepci, která rozlišuje tři následující úrovně:

- **porucha** (*impairment*) je jakákoliv ztráta nebo abnormálnost v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkcí,
- **omezení** (*disability*) je charakterizováno jako omezení nebo nedostatek schopností vykonávat činnosti v plném rozsahu jako zdravá populace,
- **sociální znevýhodnění** (*handicap*) představuje omezení příležitostí mít stejný podíl na životě jako ostatní. [33]

Handicapovaní jsou lidé, kteří se dostali do sociálních kolizních situací bez vlastního přičinění. Collins dictionary of social work (2002, s. 237) definuje handicap jako: „*termín, který se využívá pro popis zdravotního postižení a asociuje sociální znevýhodnění*“. Handicap se všeobecně rozděluje na handicap v orientaci, fyzické nezávislost, sociální integraci, ekonomické soběstačnosti a v zaměstnání, kde představuje pro osobu omezené příležitosti ve výběru, případně výkonu zaměstnání jakož i úpravy pracovního místa, režimu nebo času. [13]

V běžném životě, ale i v odborné literatuře se setkáváme s různými definicemi zdravotního postižení. Pro potřeby sociální práce a intervencí sociálního pracovníka vyplývá z nejširších odborných kontextů rámeček, v kterém

můžeme pracovníčně definovat zdravotní postižení jako znevýhodnění, které má člověk s dlouhodobou nebo trvalou tělesnou nebo duševní poruchou v standardně uspořádaném životním a sociálním prostředí a které je třeba minimalizovat intervencemi v rámci sociální politiky a práce.

Základní druhy těžkého zdravotního postižení rozdělujeme:

- mentální postižení,
- tělesné postižení,
- sluchové postižení,
- zrakové postižení,
- vícenásobné postižení.

Mentálně postižení je souborné označení pro výrazně podprůměrnou úroveň obecné inteligence, projevující se již v útlém dětství, které znamená vážné i poruchu přizpůsobování. Tělesné postižení je definováno, jak postižení které brání mobilitě, pracovní činnosti, dělíme ho na: přechodné a trvalé, vrozené a získané.

Osoby se sluchovým postižením mají limitované možnosti přijímat akustické informace. Defekt zraku je definován jako anomálie celého oka nebo jeho části, která se dá přiřadit k určité periodě embryonálního vývinu. Vliv mají chromozomální defekty, medikamenty, určité nemoci matky. [23]

Nové trendy sebeurčení a nezávislosti v životě osob se zdravotním postižením bezprostředně vycházejí z kvalitativních odlišností pojmů nemoc a zdravotní postižení, jelikož kvalitativní odlišují životní projevy lidí nemocných a osob se zdravotním postižením. Předpokládá se, že když je člověk nemocný, je ohrožen působením nějakého aktuálního omezujícího faktoru prostředí, v důsledku čehož dochází k narušení rovnováhy mezi požadavky prostředí a adaptačními možnostmi jeho organismu. To vede k situaci, že je na kratší nebo delší dobu vyřazen z pracovní činnosti a z plnění si běžných povinností a společenských rolí. Je velmi důležité u zdravotně postiženého člověka obnovovat jeho adaptační schopnosti a navrátit mu schopnost k původní aktivitě.

Proto je důležité zkoumat čtyři základní veličiny:

- limitující faktory prostředí,
- adaptační schopnosti organismu,
- intervenci,
- aktivitu občana.

Intervence je v rámci kontextu nemoci rozhodující pro obnovení rovnováhy mezi požadavky prostředí a adaptačními schopnostmi organismu a pro navrácení k původní úrovni aktivity jednotlivce. [23]

Osoby se zdravotním postižením patří mezi početnou minoritní skupinu ohroženou sociálním vyloučením a postižením na trhu práce. Zaměstnávání OZP je ze strany státu věnována dlouhodobě pozornost. Pro současný přístup k integraci osob se zdravotním postižením je charakteristický důraz na rovné příležitosti a nediskriminaci.

Antidiskriminační zákon (zákon č. 198/2009 Sb.) zdravotním postižením rozumí tělesné, smyslové, mentální, duševní nebo jiné postižení, které brání nebo může bránit osobám v jejich právu na rovné zacházení v oblastech vymezených tímto zákonem; přitom musí jít o dlouhodobé zdravotní postižení, které trvá nebo má podle poznatků lékařské vědy trvat alespoň jeden rok (§ 5 odst. 6). [34]

2.6 Změny osobnosti osob se zdravotním znevýhodněním

Člověk se během života ocitá v náročných situacích, které ho zatěžují. Pokud nemá dostatek energie adaptovat se na negativní vlivy, narušují jeho rovnováhu, vyvolávají u něj napětí, strach apod. Na základě zkušeností můžeme říci, že v náročných životních situacích se mění prožívání i chování každého jedince. V případě těžkých životních situacích jakýkoliv defekt nepostihuje jen určitý orgánový systém, ale ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince.

Neexistuje jednotná definice pojmu osobnosti, jelikož není možné všechny teoretické i metodologické přístupy k osobnosti shrnout do jedné definice. „*Osobnost je integrovaný souhrn vnitřních rysů a zvláštností člověka, přes které se lámou všechny vnější vlivy. Subjektivní v osobnosti (zážitky, postoje) je*

neoddělitelné odobjektivních vztahů vznikajících mezi člověkem a obklopující skutečností“.[2]

Způsoby, jak se lidé vyrovnávají s postižením jsou různé. Většina lidí si v těchto životních situacích uvědomuje potřebu pomoci a vyhledává ji zpravidla u nejbližších osob, tedy u rodiny. Zde velmi důležitou roli hraje i strategie zvládnání stresových situací u členů rodiny, stejně od volných vlastností členy rodiny, jejich schopnosti hledat příjemné i v těžkých životních situacích. nespravedlnost vlastního osudu vede někdy ke změnám osobnosti člověka se zdravotním postižením, přičemž velký význam má sociální, emoční zázemí a podpora blízkých lidí. [3]

Problémem lidí s postižením bývá na jedné straně nedostatek obdobně znevýhodněných a zároveň působivých vzorů chování a na druhé straně větší riziko negativního výsledku srovnání sebe sama se zdravými vrstevníky. Vědomí vlastní odlišnosti vede k větší nejistotě. Významnou roli zde hraje i subjektivní hodnocení vlastního defektu, to znamená, za jaký závažný ho považuje a posuzuje sám postižený.

Zdravotní znevýhodnění představuje v psychické oblasti primárně omezení v rozvoji normálních funkcí a sekundární omezení, které ovlivňují vlastnosti osobnosti postiženého člověka. Každá osobnost se vyvíjí pod vlivem prostředí. Určitou zátěží je i rozdílnost akceptace takového člověka jeho okolím, omezením sociálních kontaktů nebo jeho extremizací. Nemoc a okolnosti spojené s ní vždy poruší rovnováhu organismu - je zátěžovou situací, která může ovlivnit psychiku a vlastnosti osobnosti postiženého. Člověk s těžkým zdravotním postižením prochází během nemoci určitými adaptačními fázemi.

2.6.1 Uplatnění zdravotně znevýhodněných osob

Možnosti uplatnění handicapovaných také závisí na věku, pohlaví, vzdělání, kvalifikace, sociálních a kulturních faktorů. Handicap v podstatě označuje minimalizování určitých příležitostí zdravotně postižených ať už v soukromé, kulturní nebo pracovní oblasti. Toto znevýhodnění vyplývá z poruchy a omezení, kterou se osoba s postižením vyznačuje.

Občané se zdravotním znevýhodněním nevnímají samotné postižení jako překážku. Spíše jsou ovlivňováni názory okolí, popřípadě vlastními názory na zdravotní postižení a podle toho se rozhoduje, do jaké míry budou motivováni k aktivitě. Proto je třeba dbát i na správný pojmový aparát.

V praxi se setkáváme s různými pojmy označujícími osobu, jedince, občana se zdravotním znevýhodněním. Jednoznačně se přikláníme právě k používání tohoto výrazu, kde se hlavní důraz klade na samotného člověka - osobu, občana, který má právo na plnohodnotný život, právo na sociální začlenění, má svou lidskou důstojnost a jeho postižení je druhořadé, představuje pouze jednu z jeho rysů. V odborné literatuře se však setkáváme i s pojmem zdravotně postižený člověk / občan. Zde se hlavní důraz klade na samotné zdravotní postižení a občan jako individualita nehraje hlavní roli.

Při zařazení občanů s mentálním postižením do pracovního procesu lze využít jejich solidní manuální zručnosti a estetického cítění. Z praxe známe případy, že osoby s tímto druhem postižení najdou často uplatnění ve výrobě, např. svíček, kobereců, dárkových předmětů z hlíny a dřeva, vazbu knih – tyto práce se většinou provádějí v chráněných dílnách. [17]

Další práce, které mohou mentálně postižené osoby vykonávat jsou: ošetrovatelé zvířat, pracovníci v prádelně, údržbáři, pomocníci v knihovnách, úředníci pro zakládání dat, poštovní úředníci, údržbáři textilních strojů, stavební truhláři, skladníci, pracovníci v zahradnické škole, poslíčci, kuchaři, pomocníci automechaniky, pomocníci ve strojírenství, tiskaři, montéři na lince, opraváři nábytku, pomocníci rádio a TV opravářů, obsluha kopírek, prodavači v potravinách a jiných obchodech, pomocné síly v nemocnicích a jeslích, pokladníci, domovy správci, pracovníci při výrobě automobilových součástek, či asistenti duchovních. Samozřejmě, že pracovní uplatnění závisí od stupně postižení. [21]

V Standardních pravidlech na vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (OSN, 1993) se uvádí, že zdravotní postižení zahrnuje velké množství různých funkčních omezení, které se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Nejčastěji se setkáváme s dělením, ve kterém rozeznáváme postižení: tělesné, mentální a duševní, zrakové, sluchové, řečové.

Dalšími skupinami, na které se obvykle zapomíná, jsou občané s kombinovaným postižením a občané postižení civilizačními chorobami.

2.7 Sociální politika a osoby se zdravotním znevýhodněním

Sociální politiku provádějí různé subjekty, které za její výkon nesou i odpovědnost. [26] Hlavním subjektem, který do značné míry určuje pojetí, obsah, cíle a úkoly sociální politiky v daném časovém období, je stát a jeho orgány (je to především vláda, Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny. Vyšší územní celky, Ústředí práce, sociálních věcí a rodiny, Úřady práce, sociálních věcí a rodiny - odbory sociálních věcí, Sociální pojišťovna, poskytovatelé zdravotních služeb).

Dalšími subjekty sociální politiky jsou zaměstnavatelé a zaměstnanci (a jejich odbory), obce, nevládní občanské iniciativy, nadace, sdružení, různé církevní organizace, charitativní instituce, mezinárodní organizace, politické strany, ale i samotní občané, rodiny a domácnosti.

Občany se zdravotním postižením spojují v jejich životní situace některé společné problémy a potřeby, které řešením se zabývá sociální politika státu. Jejím úkolem je vytvářet podmínky pro důstojný život každého člověka. Pojem sociální politika je odborníky chápán se širokým záběrem a jeho vymezení není v odborné literatuře jednotné.

Pod pojmem sociální politika je především cílevědomou činností státu, na které participují různé instituce, podniky a jiné společenské subjekty, které mají vliv na stav sociální rovnováhy jak zajištění společenské solidarity. [26]

2.8 Integrace osob se zdravotním znevýhodněním do společnosti

Hlavním předpokladem pro plné začlenění těžce zdravotně postižených do společnosti by mělo být zvyšování si uvědomění ze strany státu. Tato integrace bude možná, pokud stát pro zdravotně postižené zajistí rovné podmínky přístupu ke všemu, jako mají lidé bez postižení. To znamená, veřejné prostory budou přístupné pro lidi s omezenou pohyblivostí, budou srozumitelně označovány pro lidi s postižením zraku či sluchu, každý bude moci v systému vzdělávání co

nejvíce rozvinout a poté v zaměstnání maximálně využít své schopnosti a podobně.

Kromě podmínek pro život lidí se zdravotním postižením, které poskytuje stát, je však velmi důležitý přístup veřejnosti k této skupině lidí. Je důležité, jak občané vnímají potřeby osob se zdravotním postižením ve svém okolí, ať berou člověka s postižením jako zátěž, nebo jako rovnocenného partnera, který v určitých situacích potřebuje přizpůsobené podmínky.

Konečně i tvůrci zákonů a představitelé výkonné moci státu jsou zástupci veřejnosti a celkové názory či předsudky vůči občanům se zdravotním postižením se projevují i v oficiální strategii řešení životních podmínek lidí s postižením. Proto je důležité, aby zástupci státu zahájily a podporovaly informační kampaně o zdravotně postižených osobách a o řešení jejich problémů, které by kladly důraz, že zdravotně postižení jsou občané se stejnými právy a povinnostmi jako ostatní. [22]

2.9 Práva osob se zdravotním handicapem

Diskuse o právech občanů se zdravotním postižením není jen o specifických právech pro tuto skupinu lidí, ale o tom, jak zajistit, aby mohly rovnocenně využívat všechna práva jako ostatní členové společnosti. O tom, že problematika zdravotního postižení je v oblasti ochrany lidských práv relativně nová, svědčí i fakt, že ačkoli se občanská sdružení, reprezentující osob se zdravotním postižením, snaží už dlouho o prosazování práv svých členů, organizace na ochranu všeobecných lidských práv jen pomalu zaměřují svou pozornost i na oblast zdravotního postižení. Také právníci, kteří se zabývají diskriminací na základě náboženství, rasy, sexuální orientace, často nejsou ochotni uznat, že vyloučení osob se zdravotním postižením je podobně nepřijatelné. Přitom množství překážek, s nimiž se lidé se zdravotním postižením setkávají, pochází z předsudků společnosti vůči postižení či postiženému.

Princip stejných práv znamená, že potřeby každého jednotlivce jsou stejně důležité, že všechny zdroje musí být dostupné každému. Občané se zdravotním postižením jsou především lidé, kteří mají právo žít ve své původní komunitě a měla by jim být zajištěna taková podpora, jakou v rámci standardních struktur

vzdělávání, zdravotní péče, zaměstnávání a sociálních služeb potřebují. Kdy osoby se zdravotním postižením dosáhnou stejná práva, měli by mít také stejné povinnosti. Když mluvíme o potřebě zajistit stejná práva a životní podmínky pro lidi se zdravotním postižením tak, jak mají jejich spoluobčané bez postižení, musíme v prvním řadě zmínit základní předpoklad a to je přístupnost. Pro osoby se zdravotním postižením (a jejich rodinných příslušníků) je nezbytný přístup k informacím o samotném postižení, o dostupných službách, právech a možnostech, jakož i orientační informace ve veřejných prostorách. Je třeba, aby byly informace dostupné ve srozumitelné podobě pro každého. Už si pomalu zvykáme, že informace pro veřejnost se částečně poskytují i ve formě srozumitelné pro osoby s postižením zraku či sluchu. Samozřejmě, velmi mnoho je ještě v tomto směru třeba udělat.

Základním nástrojem ochrany osob se zdravotním postižením jsou zákony a další závazné právní předpisy. Existuje množství klíčových dokumentů na celosvětové, evropské či národní úrovni, které přímo determinují obsah veřejných politik v oblasti sociální ochrany seniorů a osob se zdravotním postižením. [3]

2.10 Postavení osob se zdravotním znevýhodněním

V dnešní společnosti je stále postavení občana se zdravotním znevýhodněním dost složité a problematické. Uvedená kategorie občanů je stále těžko umístitelná na trhu práce a vyžaduje si zvláštní pozornost a systematický přístup. Tento stav má několik příčin.

Za nejhlavnější považujeme pomalé vytváření dostatečné změny postoje veřejnosti a hlavně zaměstnavatelů k občanům se zdravotním znevýhodněním. K tomuto kroku se vyžaduje uplatňování široké celospolečenské osvěty. Nestačí ve společnosti přijmout v tomto směru legislativní opatření, ale tyto důsledně uplatňovat a vyvozovat důsledky z jejího neprovádění se ve společnosti. [1]

Jednou ze základních filozofií našeho státu je, aby se u občanů se zdravotním postižením vytvořily všechny pozitivní předpoklady pro jejich sebeuplatnění v sociálním kontextu a integraci ve společenském životě jako plnohodnotného člověka. Základní tendencí vývoje společnosti je rozvojová

tendence a z ní vymezujeme místo a vztahy sociální politiky a sociální práce. V oblasti sociální politiky a pomoci státu občanům se zdravotním znevýhodněním je sociální poradenství, sociální pomoc a prevence. Tato politika, jejíž obsah, úkoly a cíle určuje stát, se realizuje prostřednictvím organizací, institucí a jiných subjektů. Cílem těchto subjektů je poskytovat občanům se zdravotním znevýhodněním dostatečný prostor a vytvoření podmínek pro pracovní a sociální aktivitu, zajistit jim sociální jistoty a umožňovat jim přiměřený způsob života v souladu s ústavou zaručenými právy. [22]

2.10.1 Poradenství pro osoby se zdravotním znevýhodněním

Zřejmě nikdo nepochybuje a potřebě a významu poradenství pro handicapované, aby se jim ukázala cesta, jak žít naplno a s přiměřeným příjmem. S přihlédnutím na jejich zdravotní stav, ukázat jim cestu k rozšíření svých dovedností a úspěšně se umístit na trhu práce. Sociální poradenství se uplatňuje i v oblasti práce s handicapovanou klientelou. Poradci se ve své působnosti zaměřují kromě profesionální orientace u duševně a tělesně handicapované na řešení specificky vyostřených životních problémů a konfliktů, potíží souvisejících s poruchami zdraví, s problémy rodičů a rodinné výchovy, zhotovení na měnící se i nové podmínky v pracovním, rodinném a sociálním životě. Tento typ poradenství se zaměřuje na diagnostiku, zmírňování, korigování, překonávání a kompenzování handicapů. Pojmem handicap označujeme sociální důsledky vyplývající z chyby, postižení nebo oslabení. Jde o znevýhodnění určitého jedince v důsledku postižení, které omezuje jeho možnosti společenského uplatnění. Je závislé na věku, pohlaví, vzdělání, kvalifikaci a od dalších sociálních a kulturních faktorů. [26]

U každého druhu zdravotního znevýhodnění se setkáváme s nedostatkem informací, tak pro občany se samotným postižením, jakož i pro laickou veřejnost. Pokud se v rodině narodí dítě s tělesným postižením, občan zůstane odkázán na protetickou pomůcku, invalidní vozík, objeví se mnoho otázek, které vyúsťují do jediné - co dál. Rodiče postiženého dítěte, občan s postižením, hledají pomoc, radu. První na koho se obrátí je ošetřující lékař. Lékař poradí, ale většinou jen ze zdravotního pohledu. Lékař by měl rodičům poradit, aby vyhledali v místě

bydliště speciální pedagogickou poradnu, která se zabývá komplexní diagnostikou postižení jedince. Z hlediska zajištění dostatečné možnosti integrace zdravotně postižených jedinců do společnosti se pro jejich potřeby zajišťuje zejména [23]:

- léčebná péče,
- sociální rehabilitace,
- přístupnost – bariéry,
- vzdělávání,
- zaměstnávání,
- kulturu,
- sport a odpočinkovou činnost.

2.11 Zaměstnávání osob s handicapem

Za hlavní překážky zaměstnávání občanů se zdravotním znevýhodněním zaměstnavatelé považují faktory související s úpravou pracoviště nebo přizpůsobením pracovního místa pro výkon zaměstnání pracovníkům se zdravotním postižením a s finančními aspekty této adjustace tj. nutnost zajištění bezbariérového přístupu na pracoviště pro zdravotně znevýhodněného pracovníka, nutnost přizpůsobení pracovního místa zdravotnímu stavu pracovníka se zdravotním znevýhodněním a finanční náklady spojené s uvedenými úpravami.

Výzkumné poznatky naznačují, že zaměstnavatelů neodrazuje samotná potřeba těchto úprav, ale související s tím okruh doprovodných problémů (organizačně – technické zabezpečení úprav a jejich finanční aspekty, administrativní náležitosti související s vyřizováním příspěvku na zřízení chráněné dílny nebo chráněného pracoviště). V pásmu relativně vysokého vlivu na ochotu zaměstnavatelů zaměstnávat občany se zdravotním znevýhodněním byly identifikovány faktory možné časté nepřítomnosti pracovníka se zdravotním znevýhodněním ze zdravotních důvodů na pracovišti a faktor zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci takového pracovníka. Většinu uvedených faktorů ve výraznější míře artikulovat malí zaměstnavatelé. Nejvíce je trápí úprava pracovního místa, bezbariérový přístup, zaškolení na výkon práce, finanční náklady na úpravu pracovního místa, bezpečnost a ochrana zdraví při práci, nedostatečná kvalifikace, nízká produktivita práce, adaptabilita na režim práce,

směnnost, absent ze zdravotních důvodů, ochrana při propouštění, sociální komunikace na pracovišti. [7]

Zajímavý pohled na některé znevýhodněné osoby na trhu práce, vnímání je přes sociální události, které se mohou odehrát během lidského života a společností jsou pokládány za natolik závažné, že na její překonání je postiženým nabízena společenská pomoc nebo ochrana. Takto definovala část populace ve vyšším věku, postiženou chudobou, sociálním vyloučením, na mateřské dovolené a neschopnou práce. I když se primárně orientuje na poskytnutí informací o formě jejich zabezpečení, zdůrazňuje ale i možnosti udržení nebo opětovného začlenění těchto skupin na trh práce. Za největší handicapy při hledání zaměstnání obecně pokládá věk (vyšší nebo naopak nízký), nevyhovující zdravotní stav (resp. i zdravotní postižení) a nedostatečnou resp. nevhodnou kvalifikaci. [12]

Zaměření na zhodnocení současných možností profesního poradenství a před profesní přípravy zdravotně postižených. Svou pozornost soustřeďují přitom na české prostředí, které prošlo v posledních 20 letech výraznými změnami nejen na trhu práce, ale i v pohledu na integraci. Dobře si uvědomují legislativní opatření, které dávají této skupině znevýhodněných možnosti pracovního uplatnění (např. chráněné dílny). Za největší bariéry jejich uplatnění na otevřeném trhu práce pokládají (nedostatečnou) kvalifikaci, předsudky, ochranné opatření v legislativě, nedostatečné množství informací a poradenské podpory pro eventuální zaměstnavatele. Kromě všeobecného přínosu integrace na osobnost postižených osob zdůrazňuje konkrétní významy jejich zařazení do pracovního procesu. Těmi jsou např. samostatnost, nezávislost, existenční smysl, společenský kontakt apod. Shodují se tedy s pozitivy, které práce přináší zbytku populace. V případě zdravotně postižených je ale umocněna nutností překonání dalších nepříznivých vlivů. Podobně jako u zdravé části obyvatelstva i v případě zdravotně znevýhodněných může dojít ke kumulaci několika nepříznivých faktorů. Zdravotně znevýhodněné osoby z hlediska jejího uplatnění na trhu práce patří mezi rizikové skupiny. Tuto skutečnost potvrzuje i dosavadní vývoj na trhu práce v České republice, neboť s celkovou vzestupnou nezaměstnaností se výrazně zvyšuje i nezaměstnanost zdravotně znevýhodněných skupin. [19]

3 Charakteristika vybraného kraje

Oblastí, která byla zvolena pro tuto práci, je Zlínský kraj. Z pohledu plošného záběru byl zvolen pouze kraj proto, že směřovat práci na celou ČR, by bylo časově i technicky nezvládnutelné pro jedince, avšak by bylo zapotřebí alespoň organizovanou skupinu jak pro zpracování, tak rozsáhlejší objem respondentů. Zlínský kraj vznikl ke dni 1. 1. 2000 na základě ústavního zákona č. 347 ze dne 3. 12. 1997 o vytvoření vyšších územních samosprávních celků. Při tvorbě kraje došlo ke sjednocení okresů Zlín, Kroměříž a Uherské Hradiště.

Nachází se na východě republiky a jeho východní kraj je tvořen hranicí se Slovenskem. Jihozápadní část kraje sousedí s krajem Jihomoravským, severozápadní s krajem Olomouckým a v severní části s Moravskoslezským. Rozloha kraje činí 3 963 km², čímž je zařazen jako čtvrtý nejmenší v České republice. Kraj se skládá celkem z 307 obcí, z nichž je 30 určeno městem. Průměrná hustota zalidnění je 148 obyvatel/km², čímž výrazně převyšuje republikový průměr, kdy okres města Zlína zastupuje nejvyšší příčku s počtem 186 obyvatel/km² a nejnižší okres Vsetín, kde se jedná o 126 obyvatel/km². [37]

Obrázek 1 – Mapa Zlínského kraje



Zdroj: Risy.cz

Průmysl ve Zlínském kraji

Zlínský kraj je z převážné části tvořen pahrbky a pohořími, jedná se tedy převážně o kopcovitý terén. V okolí povodí Moravy se nachází rovinnatá úrodná oblast, zvaná Haná na Kroměřížsku a Slovácko na Uherskohradištsku. Tyto části jsou v kraji významné zemědělskou činností. Pro četnou svažitosť terénu je velká část kraje těžce obdělavatelná, tudíž zemědělský průmysl ve Zlínském kraji se potýká s obtížemi, oproti krajům jiným, což potvrzují i statistiky, kdy k roku 2016 z celkového fondu kraje náleží 48,7 % půd zemědělským a 51,3 nezemědělským. Vysoké procento nezemědělských půd je zabráno lesy, převážně smrkovými. Přínosem kraje jsou však především ložiska cihlářských hlín šterkopísků, kde se jedná o celorepublikový přínos.

Průmyslový potenciál Zlínského kraje je tvořen především zpracovatelským průmyslem. Podniky zařazené v tomto oboru tvoří celkem 15 % všech registrovaných subjektů. Jedná se především o podniky kovodělného a dřevozpracujícího odvětví průmyslu, avšak v celorepublikovém průměru tyto subjekty zaostávají v modernizaci výroby. [37]

Finanční situace Zlínského kraje

Pro přiblížení Zlínského kraje, jsou uvedeny základní informace, kterými jsou v první řadě přehled o počtu obyvatel, kterých je dle dostupných informací z portálu města k poslednímu sčítání 582 970. Dalším důležitým bodem pro práci, je průměrná hrubá mzda obyvatel zmíněného kraje, která pro rok 2016 činila 25.046 Kč na osobu. Průměrná čistá mzda na obyvatele je pro stejný rok 19.320 Kč. Z pohledu nákladů na osobu žijící ve Zlínském kraji jsou vyčísleny natolik, že průměrné nájemné činí 17,5% platu, elektřina 28,7 % platu, teplo pro domácnost 9,9 % platu, vodné/stočné 5,1% platu a na ostatní výdaje průměrně pro obyvatele zůstává 38,8% platu, což z průměrného čistého příjmu pro danou oblast činí 7496 Kč. Tyto informace jsou čerpány z veřejně přístupných správ Zlínského kraje za ro 2016. [37]

Ekonomické postavení Zlínského kraje

V minulosti byl Zlínský kraj považován za ekonomicky silnou oblast s velkým množstvím průmyslových podniků produkující značné množství produktů tradičně spojených se středem regionu. Z důvodu privatizace byla od poloviny 90. let hospodářská stabilita jak města Zlína, tak i celého regionu. Významnou roli však následně převzalo rozšíření Univerzity Tomáše Bati, která do regionu opět vnesla značný nárůst vědy a nově vznikajících podniků, tedy rozvojem pracovních míst.

3.1 Nezaměstnanost ve Zlínském kraji

K datu 31. 3. 2017 bylo na úradech práce Zlínského kraje evidováno celkem 18 217 uchazečů, z čehož vyplývá, že nezaměstnanost v daném datu činila 4,48% obyvatelstva. V porovnání s předchozím rokem, tedy evidenci ve stejném období roku 2016 klesl počet nezaměstnaných osob pro zmíněný kraj o počet 4 962. Nejnižší počet uchazečů o zaměstnání byl pro Zlínský kraj evidován na konci měsíce června v roce 2008, kdy se jednalo o 16 791 osob.

V okresech Zlínského kraje je nejvyšší podíl nezaměstnaných v okrese Vsetín a Kroměříž a (5,39 % a 5,35 %), dlouhodobě nejnižší hodnoty jsou v okrese Zlín (3,55 %). Ke poklesu (o 384 osob) došlo i u uchazečů se zdravotním postižením, evidováno bylo 3 204 osob, tedy 17,6 % z celkového počtu nezaměstnaných. [37]

Doprava ve Zlínském kraji

Doprava pro Zlínský kraj je zajištěna jednak budováním a údržbou silnic II. A III. Třídy, kterých je po kraji celkem 1 767 km, včetně přejezdových mostů a mostků pro zjednodušení dopravy mezi obcemi a městy.

Dále je v kraji vybudovaná rozsáhlá síť veřejné dopravy, která je zajištěna vlaky, autobusy a trolejbusy. Tyto typy veřejné dopravy jsou krajem logicky propojeny, aby docházelo k návaznosti spojů. [39]

Zdravotnictví ve Zlínském kraji

Ve Zlínském kraji celkem působí 1 700 poskytovatelů zdravotních služeb s kapacitou téměř 12 000 zdravotních pracovníků. V kraji se celkem nacházejí čtyři nemocnice, které tvoří základny ambulantních a lůžkových zdravotních péči pro svá okolí a tím pokrývají celý region.

Školství ve Zlínském kraji

Z pohledu školství je kraj vysoce vyspělý. Zajišťuje zejména střední a vyšší odborné vzdělávání, vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, základní umělecké vzdělávání, školskou poradenskou činnost a výkon ústavní výchovy. Dominantou školství ve Zlínském kraji je především Univerzita Tomáše Bati. Školství ve Zlínském kraji spoluvytvářejí desítky dalších zřizovatelů, kterými jsou města a obce, soukromé subjekty, církve a ministerstva.

3.2 Projekty pro osoby se zdravotním znevýhodněním a postižením

Projekt: „Šance na aktivní život“

V únoru 2016 Svaz tělesně postižených v ČR, zahájil realizaci projektu se zaměřením na zvýšení zaměstnanosti osob se ZZ a ZP. Jeho hlavním cílem je udržení pracovního místa, zvýšení zaměstnanosti a integrací osob se ZP, ZZ. Projekt probíhá ve 4 regionech: Hodonín, Brno – Venkov, Znojmo a Zlíně. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu ČR.

Cílem je:

- zvyšování motivace osob se ZZ ke vstupu, popř. návratu na trh práce a informovanosti osob o možnostech v pracovní oblasti. např. informačními semináři, besedami aj.,
- mapování jejich pracovních činností a předpokladů, individuální konzultace formou osobních pohovorů aj.,

- rekvalifikace osob se ZZ, ZP, TZP, zvýšení tak větších šancí na hledání pracovního uplatnění,
- nácvik a jejich rozvoj v pracovních dovednostech, orientace na trhu práce,
- zlepšení komunikačních schopností,
- zajišťování a vytváření nových pracovních míst pro osoby s handicapem,
- individuální podpora pro osoby se ZZ, ZP, TZP, poskytovaná pracovníky projektu např. čerpání příspěvku na dopravu, stravu, účastech na seminářích, kurzech a školeních, motivace a informování o zaměstnavatelích. [35]

Projekt „Bez překážek ve Zlínském kraji“

V květnu 2018 byl zahájen projekt na podporu osob se ZZ, TZP a pro uchazeče starší 50let (včetně) se zdravotními problémy, kteří jsou vedeni na Úřadu práce ve Zlínském kraji. Projekt bude trvat 46 měsíců, kde je zařazeno celkem 140 osob. Projekt je financován z EU z Evropského sociálního fondu pro Operační program v zaměstnanosti.

Jeho hlavním cílem je podpora integrace a zdravotně znevýhodněných osob a osob starších padesáti let se zdravotními problémy při hledání nového zaměstnání, začínajícího podnikání, či zvýšení motivace na otevřeném trhu práce. Dalším z cílů je možnost:

- doplnění kvalifikačních předpokladů,
- prostřednictvím motivace zvýšení kompetencí,
- poradenství,
- rekvalifikace k rozvoji osobnosti a pracovního potenciálu,
- zvýšení motivace zaměstnavatelů zaměstnávat osoby starší 50let a osoby se ZZ, TZP.

V době trvání projektu jsou zřízeny poradenská centra v Uherském Hradišti, v Kroměříži, Vsetíně a Zlíně, kde probíhají aktivity [36]:

Tab. 1 - Aktivity spojené s projektem "Bez překážek" ve Zlínském kraji

| Aktivity spojené s projektem "Bez překážek" ve Zlínském kraji | |
|---|--|
| Praktická a teoretická část | základní komunikace se zaměstnavatelem a zaměstnancem sebe prezentování finanční poradenství orientace na trhu práce osobní analýza pracovní analýza vyhledávání volných pracovních míst |
| Motivační část | |
| Počítačová část | |
| Individuální poradenství | |
| Zaměstnávání | podpora pracovních míst finančními prostředky nedotovaná pracovní místa podpora OSVČ podpora zkrácených pracovních úvazků |
| Přímá podpora příspěvků | mzdových na dopravu na péči o osobu blízkou na zdravotní prohlídky na asistence |

3.3 Výhody zaměstnávání OZZ

I přes zdravotní znevýhodnění by nemuselo být tak složité pro osoby se zdravotním znevýhodněním sehnat práci, která jim bude vyhovovat. Tím, že je uzákoněn povinností pro zaměstnavatele zaměstnávat tyto osoby, jsou pro zaměstnavatele velkou výhodou, a to díky dotacím a zvýhodněním nejen pro zaměstnavatele, ale také pro samotné zaměstnance se zdravotním znevýhodněním a postižením.

Mezi výhodami zaměstnávání osob se ZZ je především:

- Daňové zvýhodnění,
- Příspěvek z ÚP.

Daňové zvýhodnění

Daňové zvýhodnění je nejen přínosné pro zaměstnance, ale především pro zaměstnavatele. Obě strany tak mohou ušetřit nemalou částku. Před nástupem do nového zaměstnání vyplňuje uchazeč (osoba se zdravotním znevýhodněním, postižením) Prohlášení poplatníka k dani z příjmu, na jehož základě si může uplatnit u zaměstnavatele různá daňová zvýhodnění (slevy na dani). Poté je konečná čistá mzda vyšší, než kdyby uchazeč tyto úlevy neuplatnil.

Dle zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů a § 35, se daň snižuje:

- o částku 18 000 Kč za každého zaměstnance se ZP
- o částku 60 000 Kč za každého zaměstnance s TZP

Pokud - li je výsledek průměrného ročního přepočteného počtu těchto zaměstnanců podle odstavce 2 tohoto paragrafu desetinné číslo, stanoví se poměrná část z uvedených částek.

Příspěvek z ÚP

Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v části třetí, § 68 až § 84, je vymezeno několik výhod při zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním a postižením, kdy zaměstnavatel může čerpat tyto příspěvky v rámci zaměstnávání těchto osob:

- Příspěvek finanční na vytvoření pracovního místo
- Příspěvek finanční na chráněné pracovní místo

Je to místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se ZP nebo osobu se ZZ na základě s úřadem práce písemnou dohodou. Pracovní chráněné místo musí být minimálně obsazeno po dobu 3 let ode dne sjednání. Příspěvek na vytvoření

pracovního místa pro osobu ZZ nebo ZP může být max. osminásobek a pro osobu se TZP maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v NH za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Jestliže zaměstnavatel zřizuje na základě jedné dohody ÚP deset a více chráněných pracovních míst, může na vytvoření jednoho chráněného místa pro osobu se ZP příspěvek činit maximálně desetinásobek a pro osobu s TZP maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.

- **Příspěvek finanční na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa**

Tento příspěvek je druhou dotací pro zaměstnavatele. Příspěvek může poskytnout ÚP na částečné úhrady provozních nákladů na chráněné pracovní místo. Výše ročního příspěvku nesmí přesáhnout 48 000 Kč. Tuto dohodu lze uzavřít pouze po uplynutí 12 měsíců ode dne obsazení zřízeného chráněného pracovního místa.

- **Finanční příspěvek na zapracování**

ÚP uzavírá se zaměstnancem písemnou dohodu o provádění práce na pracovišti zaměstnavatele [§ 72 odst. 2 písm. a)]. O přípravě k práci prováděné u fyzické osoby nebo právnické osoby [§ 72 odst. 2 písm. b) a c)]. ÚP uzavírá s touto osobou dohodu písemnou a náhrada škody náležející v souvislosti s přípravou k práci, která je prováděna podle § 72 odst. 2 písm. b) a c), se řídí občanským zákoníkem. Zaměstnavatelé jsou dále oprávněni požadovat informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se ZZ, ZP, TZP od Úřadu práce, jak při řešení individuálního přizpůsobení míst pro tyto osoby, tak i pracovních podmínek pro osoby s handicapem. [35]

3.4 Stát jako podpora OZZ

Pod sociální politikou uvažujeme subjekty, jež stojí za změnou, tvorbou či provozem sociálního systému, a to jak státního či nestátního. Sociální politika ČR

je přímou návazností na sociální politiku EU. V dnešní době se čím dál více tyto subjekty orientují na eliminaci chudoby a sociální diskriminace OZZ.

Základními subjekty sociální politiky v EU jsou:

- Evropský sociální fond,
- Charta základních sociálních práv pracujících,
- Lisabonská strategie,
- Obnovení sociální agendy,
- Zelená a bílá kniha.

Evropský sociální fond

Jedná se o strukturální fond EU, který slouží jako finanční nástroj pro realizaci Evropské strategie zaměstnanosti, a to v ČR. Hlavním úkolem fondu je snížení nezaměstnanosti, tudíž rozvoj zaměstnanosti v oblasti OZZ. Jde o začlenění těchto osob do běžného pracovního života, bez diskriminace a úpravu prostředí. Podpora pramení především z pohledu finančního.

Cíle Evropského sociálního fondu [37]:

- pomoc nezaměstnaným lidem při vstupu na trh práce,
- rovné příležitosti pro všechny při přístupu na trh práce,
- sociální začleňování, pomoc lidem ze znevýhodněných sociálních skupin při vstupu na trh práce,
- celoživotní vzdělávání,
- rozvoj kvalifikované a přizpůsobivé pracovní síly,
- zavádění moderních způsobů organizace práce a podnikání,
- boj se všemi formami diskriminace a nerovnosti související s trhem práce.

3.5 Právní normy v postavení k OZZ

Mezi zákony vztahující se k problematice začlenění OZZ mezi populaci řadíme především [33]::

- zákon č. 435/2004 sb., o zaměstnanosti,
- zákon č. 137/2006 sb., o veřejných zakázkách,
- zákon č. 586/1992 sb., o daních z příjmů.

Jednotlivé zákony jsou sestaveny v řešené problematice v návaznosti na sebe navzájem.

4 Vlastní práce

Praktická část této práce je zaměřena především na zhodnocení toho, jaké jsou poměry na ÚP Zlínského kraje a dále v dotazníkovém šetření na otázku, nakolik člověka zdravotně znevýhodněného poznamenají zdravotní potíže v návaznosti na aspekty získávání zaměstnání, jeho ztrátu a finanční postavení.

4.1 Přístup Úřadu práce Zlínského kraje k osobám se zdravotním znevýhodněním

Přes řadu podpůrných opatření států patří zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním k nejproblematictějšímu. Statistiky ÚP objektivně konstatují, že procento nezaměstnaných osob se zdravotním znevýhodněním je přibližně 2x vyšší než u většinové populace. Odhaduje se, že ve věku od 15 do 62 let je ekonomicky neaktivních 60 % osob se zdravotním znevýhodněním. Podpora je třeba věnovat zaměstnávání osob jak v soukromé, tak veřejné sféře, tak i v osobním podnikání osob se zdravotním handicapem.

4.2 Podíl nezaměstnanosti Zlínského kraje v porovnání ČR

Prvním znázorněním dat poskytnutých z ÚP Zlínského kraje je celkový počet nezaměstnaných osob ve srovnání s celou ČR a následným rozdělením do okresů. Tyto výsledky jsou v procentech a je možno vyčíst, že Zlínský kraj je nad průměrem ČR a to i některé samostatné okresy, tedy s nižším procentem nezaměstnanosti.

4.3 Podíl osob se zdravotním znevýhodněním na celkovém počtu uchazečů dle určitých parametrů

Následujícími daty ukazující situaci ÚP ve Zlínském kraji z pohledu řešení problematiky je srovnání množství uchazečů s procenty uchazečů se zdravotním omezením. Data jsou ÚP zkoumána a veřejně poskytnuta v návaznosti na věk, vzdělání a délku evidence.

Dle statistik ÚP práce je vyhodnoceno, že nejčastějšími žadateli o práci ve Zlínském kraji ze skupiny OZZ, jsou lidé ve věku nad 50 let. Tento fakt je dán tím, že tento věk je také nejčastěji zastoupen i mezi osobami se zdravotním omezením, kdy mluvíme především o lidech před věkem odchodu do starobního či předčasného důchodu.

Nejvyšší zastoupení v jak ve skupině OZZ, tak i celkových uchazečů je stejné věkové kategorie, a to již zmíněných 50 let a více. Výsledky ukazují, že procento množství uchazečů OZZ v závislosti na výšce věku viditelně stoupá, kdežto u celkového pojetí uchazečů jsou skupiny takřka vyrovnány a neodvíjí se od stárnutí.

Tab. 2 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle věku

| Struktura podílu uchazečů na ÚP dle věku k 31. 12. 2018 | OZZ | Uchazeči celkem |
|---|-------|-----------------|
| do 30 let | 4,0% | 25% |
| 30 - 40 let | 9,0% | 22% |
| 40 - 50 let | 21,0% | 22% |
| 50 let a více | 66,0% | 31% |

Zdroj: Krajská správa ČSÚ ve Zlíně

Dalším aspektem, dle kterého ÚP vyhodnocuje statistiky uchazečů je vzdělání, které významným způsobem ovlivňuje počet a charakter nabízených pracovních pozic. Z tohoto hlediska je opět nejvyšší zastoupení žadatelů ve stejné skupině, kterou je „osoby s výučním listem“.

Jedná se tedy o osoby bez maturity. Tato skutečnost je v mnohé míře ovlivněna tím, že velké množství zaměstnavatelů, ať už soukromých či státních požaduje obsazení volných pracovních pozic osobami, jež jsou držiteli alespoň maturitního vysvědčení.

Tab. 3 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle vzdělání

| Struktura podílu uchazečů na ÚP dle vzdělání k 31. 12. 2018 | OZZ | Uchazeči celkem |
|---|-------|-----------------|
| Základní | 22,0% | 18% |
| Vyučen/a | 58,0% | 48% |
| Střední s maturitou | 17,0% | 27% |
| Vysokoškolské | 3,0% | 7% |

Zdroj: Krajská správa ČSÚ ve Zlíně

Posledním znázorněním ohledně uchazečů na ÚP je srovnání OZZ s celkovým počtem z pohledu na délku evidence. Ta se oproti předchozím výsledkům v nejzastoupenější skupině významně liší. U celkových uchazečů se jedná nejčastěji o délku do 6 měsíců, u osob zdravotně znevýhodněných se však jedná o více než rok.

Tato skutečnost je ovlivněna požadavky na pracovní pozici tedy hledání pozice z menšího počtu míst, které jsou pro daného uchazeče odpovídající s ohledem na zdravotní stav.

Tab. 4 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle průměrné evidence

| Struktura podílu uchazečů na ÚP dle průměrné evidence k 31. 12. 2018 | OZZ | Uchazeči celkem |
|--|-------|-----------------|
| do 6 měsíců | 23,0% | 44% |
| 6 - 12 měsíců | 13,0% | 16% |
| 12 - 24 měsíců | 15,0% | 15% |
| 24 měsíců a více | 49,0% | 25% |

Zdroj: Krajská správa ČSÚ ve Zlíně

Statistiky v této problematice dále uvádějí, že průměrnou délkou evidence na ÚP je 604 dnů, avšak u OZZ se jedná o 1.166 dnů.

4.4 Vývoj zaměstnanosti v okrese Zlín

Úřad práce se snaží přispívat ke zvýšení zaměstnanosti v regionech, především zaměstnáváním OZZ, nekvalifikovaných a problémových uchazečů o zaměstnání. Jde o vytváření veřejně prospěšných prací, chráněných dílen aj. Z tabulky č. 5 je zřejmé, že zaměstnanost zdravotně znevýhodněných osob bylo nejvíce vytvořených míst v chráněných dílnách a to v roce 2017, kdy bylo vytvořeno pracovních míst celkem 16.

Do chráněných dílen bylo umístěno celkem 32 v roce 2016, kde bylo nejvíce vyplaceno finančních prostředků pro 589 uchazečů a to v roce 2016. V roce 2017 nebyl poskytnut žádný příspěvek. V roce 2018 byly příspěvky poskytnuty jen 2 uchazečům o zaměstnání. V roce 2017 vytvořeno 229 pracovních míst v chráněných pracovních dílnách. V následujícím roce stoupl na 432 pracovních míst. V roce 2016 nebyla vytvořena žádná místa. Tabulka charakterizuje relativní postupnou rychlost změn v časové řadě.

Tab. 5 - Vývoj zaměstnanosti v období 2016 - 2018 pro ZZO

| | 2016 | k_i | 2017 | k_i | 2018 |
|---|------|-------|------|-------|------|
| Chráněné pracovní dílny/vytvořená místa | 6 | 2,67 | 16 | 0,87 | 14 |
| Chráněné pracovní dílny/umístění uchazeči | 32 | 0,81 | 26 | 0,81 | 21 |
| Příspěvek na chráněné pracovní dílny, chráněná prac. místa, chráněná prac.místa - OZP | 589 | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Chráněná pracovní místa vymezaná | 0 | 229 | 229 | 1,89 | 432 |

Zdroj: vlastní zpracování, data ČSÚ, MPSV, ÚP Zlín

Z tabulky č.6 vyplývá, že v roce 2016 byla největší skupinou nezaměstnaných nad 12 měsíců 4 151 uchazečů. V roce 2016 bylo 4 151 uchazečů. V roce 2018 nezaměstnanost stoupala a to na 4696 uchazečů o pracovní místo. Oddíl 9 – 12 měsíců měl nejmenší počet nezaměstnaných v roce 2016, kdy bylo uchazečů 626, kdy následující roky postupně stoupala. V roce 2018 u tohoto oddílu počet uchazečů byl 852. Oddíl nad 12 měsíců, je hranice kdy se uchazeči o zaměstnávání stávají hůře dlouhodobě zaměstnavatelní. Koeficient růstu k_i vyjadřuje relativní postupnou rychlost změn v časové řadě.

Tab. 6 Délka nezaměstnanosti v období 2016 - 2018 pro ZZO

| Délka doby nezaměstnanosti | 2016 | k_i | 2017 | k_i | 2018 |
|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Do 3 měsíců | 2 359 | 1,02 | 2 400 | 0,90 | 2 170 |
| 3 – 6 měsíců | 1 516 | 1,03 | 1 559 | 1,06 | 1 654 |
| 6 – 9 měsíců | 836 | 0,13 | 945 | 0,94 | 892 |
| 9 – 12 měsíců | 626 | 1,41 | 883 | 0,96 | 852 |
| Nad 12 měsíců | 4 151 | 1,01 | 4 194 | 1,12 | 4 696 |

Zdroj: vlastní zpracování, data ČSÚ, MPSV, ÚP Zlín

4.5 Vlastní dotazníkové šetření

Pro možnost oslovit větší množství respondentů, byla skupina OZZ, která označuje osoby zdravotně znevýhodněné, pro tento výzkum vytvořena z osob s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem, který má podle poznatků lékařské vědy trvat déle než rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění. Zařazeny tedy byly osoby s úředně přiznaným omezením OZZ, OZP (osoby zdravotně postižené) a ČID (částečně invalidní důchodce). Osoby s PID (plným invalidním důchodem) jsem do analýzy nezahrnovala, jelikož tito lidé již z důvodů dávek od státu nejsou závislé na příjmu ze zaměstnání, mnohdy jejich stav ani nedovoluje do jakéhokoliv zaměstnání nastoupit.

4.5.1 Hypotézy

Hypotéza č. 1 - lidé se zdravotním omezením (dále jen OZZ) se často potýkají s nutností odejít ze zaměstnání, a to ať už z vlastní iniciativy nebo obdržáním výpovědi.

Hypotéza č. 2 - Hledání práce po ztrátě předchozího zaměstnání pro určité skupiny OZZ může být nezměněno, avšak pro jiné může být o mnoho náročnější.

Hypotéza č. 3 – Pokles životního pohodlí po uznání OZZ z pohledu výše výdělku.

4.5.2 Obecné otázky pro zařazení respondenta

Do výzkumu bylo zahrnuto celkem 118 respondentů, z nichž byly vyřazeny celkem 2, jelikož nesplňovali nastavenou podmínku být alespoň po dobu jednoho roku OZZ a jeden uchazeč byl osobou s plným invalidním důchodem. Tyto osoby by dle předem stanovených podmínek nemohly situaci hodnotit dostatečně reálně z vlastních zkušeností. Jejich dotazníky byly celé odstraněny. Ostatní odpovědi byly vyhodnocovány tedy z počtu 115 respondentů, bez jakýchkoliv úprav. Mezi základní otázky, pro obecné zařazení respondenta byly zvoleny charakteristiky jako jsou pohlaví, věk a vzdělání. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 66 žena 49 mužů, ve věkových kategoriích a počtech dle následujícího zobrazení v tabulce „Vyhodnocení věku respondentů“. Nejvyšší zastoupení oslovených osob bylo v kategorii 40 – 50 let.

Tab. 7 – Věk respondentů

| Věk respondenta | | |
|-----------------|----|-------|
| 20 - 30 let | 6 | 5,2% |
| 30 - 40 let | 24 | 20,9% |
| 40 - 50 let | 57 | 49,6% |
| 50 - 60 let | 20 | 17,4% |
| 60 let a více | 8 | 7,0% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Z pohledu vzdělání byli respondenti rozděleni do 4 skupin. Nejvyšší zastoupení je osobami vyučených, což vyplývá také z věku zúčastněných respondentů a tehdejších vzdělávacích standardů.

Tab. 8 -Vzdělání respondentů

| Vzdělání respondenta | | |
|----------------------|----|-------|
| Základní | 22 | 19,1% |
| Vyučen/a | 46 | 40,0% |
| Střední s maturitou | 32 | 27,8% |
| Vysokoškolské | 15 | 13,0% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

4.5.3 Rozdělení respondentů dle zdravotního omezení

Dalším vyhodnocovaným prvkem je druh přiznaného omezení osobě dle Správy sociálního zabezpečení v ČR. Jde o zastoupení všech tří skupin, které byly pro výzkum předem vybrány s ohledem na možnost a potřebu vyhledávat zaměstnání. Tyto data jsou vyobrazena v tabulce „Vyhodnocení výše zdravotního omezení respondentů“.

Tab. 9 – Výše zdravotního omezení respondentů

| Výše zdravotního omezení | | |
|--------------------------|----|-------|
| OZZ | 46 | 40,0% |
| OZP | 31 | 27,0% |
| ČID | 38 | 33,0% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Charakter zdravotního omezení mezi OZZ ovlivňuje zařazení osob, zda jsou docházejícími do zaměstnání nebo těmi, co mají snahu se do pracovního režimu zapojit. Jak ukazuje tabulka, nejrozšířenějším omezením ve škále oslovených respondentů se jedná o manuální potíže. V těchto případech jde především o lidi trpící záněty karpálních tunelů jak vznikem v běžném životě, tak

i následkem pracovního úrazu.

Dále se jedná o amputace prstů či významnějších částí horních končetin nebo také často vídanou tzv. „třesavku“, kdy osoba není schopna naplno vykonávat manuální práci díky nepřetržitému třesu těla.

Dále zde významnou část omezení zastupují pohyboví potíže spojené jak s potížemi v částech páteře, a to jak s následným uvázáním na invalidní vozík, tak s možností plné chůze s občasnými potížemi.

Dále se v této skupině setkáváme s potížemi s klouby, amputací částí spodních končetin atd. Velké množství odpovědí mezi respondenty zastupuje také odpověď „Jiné“ zdravotní potíže, mezi kterými se jednalo především o potíže dýchací, se srdcem či cévami, vnitřními orgány a v malé části také skrze zažívání s potřebou upravení pracovní doby pro časté a klidné stravování.

Tato skupina je však svým charakterem v mnoha případech i přes rozdílnou diagnózu velmi podobná, jelikož tyto osoby potřebují zkrácené pracovní doby, prostor na užívání léků, čisté prostředí a klid na pracovišti.

Tab. 10 – Charakter zdravotního omezení respondentů

| Charakter zdravotního omezení | | |
|-------------------------------|----|-------|
| Pohybové postižení | 33 | 28,7% |
| Smyslové postižení | 16 | 13,9% |
| Psychické postižení | 13 | 11,3% |
| Manuální potíže | 45 | 39,1% |
| Jiné | 27 | 23,5% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

4.5.4 Vyhodnocení otázek dotazníkové šetření v závislosti na zaměstnání

První otázkou ve vztahu k zaměstnání je možnost docházení do zaměstnání. Ve většině případů se jedná o respondenty, kteří mají možnost docházet samostatně na pracoviště na každou plánovanou směnu. U některých jednotlivců je však požadavek na práci pouze z domova. Zde podle vyhodnocení

v tabulce je znázorněno, že zastoupení je takřka ve všech skupinách charakteru omezení.

Tab. 11 – Možnost respondenta docházet na pracoviště

| Možnost docházení na pracoviště | | |
|------------------------------------|----|-------|
| Bez omezení | 86 | 74,8% |
| Bezbariérový přístup | 7 | 6,1% |
| Práce z domů s občasným docházením | 14 | 12,2% |
| Práce pouze z domova | 8 | 7,0% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Tab. 12 - Respondenti bez možnosti docházení na pracoviště v závislosti na omezení

| Respondenti bez možnosti docházení na pracoviště v závislosti na charakteru omezení | | |
|---|---|-------|
| Pohybové postižení | 1 | 12,5% |
| Smyslové postižení | 2 | 25,0% |
| Psychické postižení | 1 | 12,5% |
| Manuální potíže | 0 | 0,0% |
| Jiné | 5 | 62,5% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Nejzastoupenější skupinou z mezi respondenty s požadavkem práce z domova se jedná o jiné než potíže, než které jsou přesně vytyčeny výzkumem. Jak již bylo zmíněno, jedná se o zdravotní potíže, mezi kterými se jednalo především o potíže dýchací, se srdcem či cévami, vnitřními orgány a v malé části také skrze zažívání s potřebou upravení pracovní doby pro časté a klidné stravování. Dalším hodnoceným bodem výzkumu je požadavek na dálku a formu pracovního úvazku. V tomto případě byly do předložených odpovědí zahrnuty hlavní pracovní poměr, hlavní zkrácený pracovní poměr a dohoda o provedení práce či pracovní činnosti. Tyto skupiny byly vytvořeny z toho důvodu, že osoby se zdravotním omezením vybírají formu úvazku dle možnosti docházet do

zaměstnání ale také svolení lékařů či obavám o odebrání důchodu. Hlavní pracovní poměr běžně uzavírají osoby s uznáním výše omezení tzv. OZZ či OZP a také osoby s částečným invalidním důchodem (dále jen ČID), které ze zmíněných tří jako jediní jsou pobírající důchod. Výsledky odpovědí jsou uvedeny v tabulce „Požadavky na délku a formu pracovního úvazku“. Hlavní zastoupení respondentů je u hlavní pracovního poměru, kde se jedná o 67 % z celkového počtu. Jedná se o jediný úvazek, u něhož je osoba dosáhnout na běžný měsíční výsledek.

Tab. 13 - Požadavky na délku a formu pracovního úvazku

| Požadavky na délku a formu pracovního úvazku | | |
|--|----|-------|
| Hlavní pracovní poměr plný | 77 | 67,0% |
| Hlavní pracovní poměr zkrácený | 27 | 23,5% |
| Dohoda o provedení práce / pracovní činnosti | 16 | 13,9% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

V otázce s pocitem diskriminace při hledání zaměstnání se setkává 31,3% respondentů, ať už ve vysoké či nízké míře. Při debatách s respondenty bylo očividné, že tento pocit jim ubírá na psychické pohodě a odhodlání pokračovat v hledání práce. Další 27% oslovených se s diskriminací setká občasně. Již zmíněných 31,3% osob z výzkumu, které se s diskriminací potýkají pro ně pocitově ve velké míře, jsou zastoupeny všechny třídy charakteru zdravotního znevýhodnění.

Tab. 14 - Pocit diskriminace při hledání zaměstnání

| Pocit diskriminace při hledání zaměstnání | | |
|---|----|-------|
| Ano, setkávám se s diskriminací | 36 | 31,3% |
| Ano, občas se setkávám s diskriminací | 31 | 27,0% |
| Ne, nesetkávám se s diskriminací | 34 | 29,6% |
| Po dobu uznání OZZ jsem zaměstnání nehledal/a | 14 | 12,2% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Navazujícím hodnocením na předchozí otázku výzkumu je vyčlenění osob, jež diskriminaci pociťují dle charakteru zdravotního omezení. Dle následující tabulky je očividné, že se jedná o osoby s pohybovým postižením.

Tato skutečnost je dána tím, že právě pohybové a manuální postižení je na člověku nejviditelnější, tudíž i při přijímacích pohovorech na osobu působí již při příchodu na jednání. Zde se jedná o postižení horních či dolních končetin.

Tab. 15 - Pocit diskriminace v závislosti na charakteru zdravotního omezení

| Pocit diskriminace v závislosti na charakteru zdravotního omezení | | |
|---|----|-------|
| Pohybové postižení | 33 | 28,7% |
| Smyslové postižení | 16 | 13,9% |
| Psychické postižení | 13 | 11,3% |
| Manuální potíže | 45 | 39,1% |
| Jiné | 27 | 23,5% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Posledním bodem výzkumu spjatým se zaměstnání, ať už hledaným či stávajícím je ochota zaměstnavatel upravovat pracovní podmínky v návaznosti na omezení respondenta neboli zaměstnance.

Vzhledem k výsledkům výzkumu této práce je možné říci, že ochota zaměstnavatelů je na docela nízké úrovni vůči přizpůsobení místa pro osobu OZZ.

Z toho vyplývá, že žadatel o místo musí buď hledat jiné pracovní místo, nebo se sám se svými potížemi přizpůsobit místu nabídnutému, což může v některých případech vézt ke zhoršení zdravotního stavu. V určitých případech je však tomuto „kývnutí“ na místo zabráněno lékařským posudkem, který je ze zákona přikládán ke každému přijímání fyzické osoby na HPP.

Tab. 5 - Ochota zaměstnavatele upravit pracovní podmínky OZZ

| Ochota zaměstnavatele upravit pracovní podmínky OZZ | | |
|---|----|-------|
| Ano, vždy mi bylo vyhověno | 13 | 11,3% |
| Ano, ve většině případů mi bylo vyhověno | 42 | 36,5% |
| Nebylo mi vyhověno | 47 | 40,9% |
| Nemohu hodnotit | 13 | 11,3% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

4.6 Vliv zdravotní pracovní neschopnosti na zaměstnání

V další části práce se výzkum zabývá vlivem pracovní neschopnosti (dále jen PN) na pokračování či ukončení pracovního poměru (dále jen PP). Zda se jedná o výpověď ze strany zaměstnance či zaměstnavatele. Z dat sesbíraných šetřením vyplývá, že více jak 50 % respondentů muselo opustit zaměstnání z důvodu přijetí výpovědi po dlouhodobé PN. Pouze 21,7 % z oslovených zaměstnání nezměnilo, ale zůstalo i přes změnu zdravotního stavu. Při vyfiltrování výsledků pouze respondentů, kteří u otázky na důvod ukončení PP odpověděli, že své zaměstnání nemuseli změnit z důvodu PN si lze všimnout, že se jedná o lidi se vzděláním vyšším než s výučním listem. Jedná se tedy o lidi, kteří nežijí manuálně, ale spíše směrem personalistiky, logistiky, výpočetní technikou atd. S ukončením PP ze strany zaměstnavatele v návaznosti na PN se osobně setkalo 80 % respondentů.

4.6.1 Zhodnocení finančního postavení OZZ

Tato část výzkumu je zaměřena na to, jakým způsobem člověka omezí zdravotní potíže na příjmech ze zaměstnání, ale také celkově s podporou státu. Ze zobrazení výsledků vyplývá, že většina respondentů v zaměstnání před příchodem zdravotních potíží vydělávala v zaměstnání z nabídnutých odpovědí průměrně 18.870 Kč. Z pohledu na jednotlivé segmenty okolo 20.000 Kč. Po zprůměrování výsledků, opět z nabídnutých, nikoliv přesných sum výdělku, po zařazení osob mezi OZZ, OZP a ČID tedy potýkajících se již déle se zdravotními komplikacemi

docházím k verdiktu, že průměrný měsíční výdělek činí 15.174 Kč. Což je průměrně o 3696 Kč méně. Segmentově jsou ve většině zastoupeny skupiny lidí vydělávající cca 10.000 Kč a cca 15.000 Kč měsíčně. Z toho vyplývá, že alespoň 35% respondentů žije z částky pohybující se okolo minimální mzdy. Při sečtení příjmů respondenta, jak podpory ze strany státu v podobě důchodu a příjmu ze zaměstnání vychází, či daňových a jiných úlev docházíme k průměrné mzdě 16.043 Kč za měsíc. Což vypovídá o tom, že průměrně na respondenta je státem mzda navýšena o 869 Kč měsíčně.

Tab. 6 – Přehled příjmů respondentů

| Přibližná výše příjmu | 10 tis. | 15. tis. | 20 tis. | 25. tis. | 30. tis a více |
|---|---------|----------|---------|----------|----------------|
| Příjem v době plného zdraví | 13,9% | 26,1% | 33,9% | 20,9% | 5,20% |
| Příjem ze zaměstnání v době zdravotního znevýhodnění | 34,8% | 34,8% | 22,6% | 7,8% | 0% |
| Příjem celkový době zdravotního znevýhodnění vč. podpory státem | 18,3% | 32,2% | 2,6% | 24,3% | 22,60% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

Z výsledků však také vyplývá, že více než polovina respondentů má potíže s hledáním zaměstnání, ať už z pohledu složitosti či výše příjmu s předchozím zaměstnáním v době plného zdraví. Pouze 18% má příjem srovnatelný a 2,6% vyšší.

Tab. 7 - Náročnost hledání zaměstnání jako OZZ oproti osobám bez znevýhodnění

| Náročnost hledání zaměstnání jako OZZ oproti osobám bez znevýhodnění | | |
|--|----|-------|
| Snadnější hledání se srovnatelným příjmem | 21 | 18,3% |
| Snadnější hledání s nižším příjmem | 37 | 32,2% |
| Snadnější hledání s vyšším příjmem | 3 | 2,6% |
| Složitější hledání | 28 | 24,3% |
| Doposud nezměněné zaměstnání | 26 | 22,6% |

Zdroj: Dotazníkové šetření

4.7 Změna existenčních podmínek v závislosti na příjmech OZZ

Závěrečným oddílem výzkumného souboru, nebo - li vyhodnocených dat získaných od respondentů je míra změny existenčních podmínek osob zdravotně znevýhodněných. Otázkou po zodpovězení všech předchozích, kdy respondent při vypracovávání dotazníku v sobě nevědomě hodnotil život a jeho změnu před a po příchodu zdravotních obtíží, byla položena otázka ohledně existenčních podmínek, z pohledu financí, které lidem zdravím i nemocným tvoří základ pro pohodlný a bezstarostný život. Dle výsledku více než polovině dotazovaných tato skutečnost významně finančně zasáhla do života a dalších 26% ji alespoň částečně pociťuje.

4.8 Dílčí otázky vlastní práce

Vlastní práce je postavena na výzkumných dílčích otázka, které budou v závěru práce doplněny o dílčí závěry, jež budou získány čerpáním z ÚP Zlínského kraje a vlastního dotazníkového šetření.

Přehled dílčích otázek:

Dílčí otázka č. 1: Nejběžnější věk osob zdravotně znevýhodněných mezi uchazeči ÚP a osobami zaměstnanými.

Dílčí otázka č. 2: Nejběžnější typ vzdělání osob zdravotně znevýhodněných mezi uchazeči ÚP a osobami zaměstnanými.

Dílčí otázka č. 3: Nejčtenější charakter postižení mezi respondenty. Manuální a pohybové.

Dílčí otázka č. 4: Nejčtenější charakter postižení, který zamezuje osobám zdravotně znevýhodněným navštěvovat pracoviště.

Dílčí otázka č. 5: Četnost pocitu diskriminace mezi osobami se zdravotním omezením a důvod s ohledem na charakter postižení.

Dílčí otázka č. 6: Finanční postavení osob v porovnání před zdravotními komplikacemi a po jejich příchod s následným srovnáním průměrného výdělku mezi obyvateli Zlínského kraje.

4.9 Dílčí závěry výzkumu a jejich doplnění

Dílčí závěr č. 1: Nejběžnějším věkem osob zdravotně znevýhodněných mezi uchazeči ÚP je vymezená skupina ve věku 40 – 50 let. Z dotazníkového šetření práce vyplývá, že nejčastější věkovou skupinou mezi osobami zaměstnanými se zdravotním omezením se jedná také o lidi ve věku 40 – 50 let. Jedná se o věkovou skupinu, která potýká se zdravotními potížemi, již takřka předdůchodovou, jejichž ovlivnění pracovního života není natolik závažné, aby byl těmto lidem uznán plný invalidní důchod, avšak je alespoň ze strany státu poskytnuta pomoc formou finančních úlev či částečného invalidního důchodu. Zmíněná věková skupina se často potýká s problémem, kdy zaměstnavatel vyhledává uchazeče v nižším věku pro dlouholetou spolupráci, tudíž nejsou schopni rychle a samostatně vyhledat nové zaměstnání a jsou odkázáni na pomoc ÚP. OZZ dle statistik takřka v polovině případů přetrvávají v evidenci ÚP déle jak jeden rok. Z důvodu dlouhodobé evidence uchazečů nad 12 měsíců jsou poskytovány příspěvky zaměstnavatelů po určitou dobu na pokrytí mzdových nákladů. Tyto příspěvky je možno čerpat až po dobu 12 měsíců.

Dílčí otázka č. 2: Nejběžnějším vzdělání osob zdravotně znevýhodněných mezi uchazeči ÚP je skupina osob, která své vzdělání zakončila výučním listem. Z dotazníkového šetření práce vyplývá shodná skupina. Tento závěr také vyplývá ze skutečnosti, že pro nejzastoupenější věkovou skupinu (40–50 let) bylo v letech aktivního studijního věku běžné zakončení výučním listem. Pro možnost doplnění vzdělání jsou ÚP Zlínského kraje poskytovány rekvalifikační kurzy, kterými je možno vzdělání doplnit alespoň částečně. Následně vzniká širší okruh pracovních příležitosti pro žadatele zaměstnání.

Dílčí otázka č. 3: Nejčtenější charakter postižení mezi respondenty dle výsledků šetření bylo stanoveno manuální a pohybové. Tyto jevy postižené osoby ovlivňují jak v manuálních činnostech z důvodu necitlivosti končetin, amputací či jiných obtíží ale také celkové pohyblivosti. Pohybové obtíže dlouhodobě patří do nejčastějších a nejhůře léčených mezi obyvateli celé ČR i širšího území.

Dílčí otázka č. 4: Nejčtenější charakter postižení, který zamezuje osobám zdravotně znevýhodněným navštěvovat pracoviště je dle výzkumu smyslové vnímání. Zde řadíme osoby s postižením zraku či sluchu. Tento fakt je dán vysokým stupněm dopravy po celém Zlínském kraji v některých místech také složitou dopravou z obcí do měst. Tato skutečnost je státem podporována formou příspěvků na dopravu, což v mnohých případech nezaručí takto postižené osobě bezpečný a jednodušší přesun do zaměstnání. Lepší podmínky pro zaměstnance či uchazeče jsou ojediněle dány dopravou zajištěnou zaměstnavatelem z bydliště zaměstnance na pracoviště, avšak toto řešení v dnešní nenabízí příliš mnoho zaměstnavatelů.

Dílčí otázka č. 5: Četnost pocitu diskriminace mezi osobami se zdravotním omezením se dle dotazníkové šetření dostala na číslo 31,3% u osob, jež se s diskriminací setkaly z celkového počtu respondentů. Toto číslo je v největší části, a to z 28,7 % zastoupeno osobami, jež mají pohybové a manuální potíže. Tato skutečnost je dána faktem, že se jedná o postižení, která jsou zpozorovatelná na první pohled a ovlivňují mnohdy celkový prvotní náhled na osobu. Čímž dochází ke zkreslení skutečné povahy či psychického projevu osoby.

Dílčí otázka č. 6: Finanční postavení osob v porovnání před zdravotními komplikacemi a po jejich příchod s následným srovnáním průměrného výdělku mezi obyvateli Zlínského kraje. Hodnoty byly stanoveny ty, které jsou známy jako poslední v době provádění výzkumu. Průměrný čistá mzda obyvatele Zlínského kraje byla tedy vzata ze statistik platných k 31. 12. 2016 a hodny získané výzkumem jsou datovány k průběhu roku 2017. Průměrná mzda respondenta před příchodem omezení není časově datována.

- Průměrná čistá mzda obyvatele Zlínského kraje činí 19. 320 Kč,

- průměrná mzda respondenta před příchodem zdravotních potíží a uznání alespoň znevýhodnění OZZ činila 18.870 Kč.,
- průměrný výdělek respondenta po uznání alespoň znevýhodnění OZZ činí 15.174 Kč.,
- průměrný příjem osoby s uznáním OZZ,OZP či ČID a příslušného nároku na úlevy či důchod činí dle výzkumu 16.043 Kč.

Z hodnot vyplývá, že úbytek mzdy je pro život respondenta značně viditelný, což je stejně definovanou otázkou v šetření potvrzeno více než polovinou respondentů.

5 Návrhy a doporučení

Zdravotně znevýhodnění občané ve Zlínském kraji mají problém s uplatněním na trhu práce najít si zaměstnání s ohledem na jejich znevýhodnění, což vyplývá z analýzy statického šetření. Dle mého doporučení by zaměstnavatel měl dopředu vědět a být informován o skutečnostech, které by mohly zhoršit zdravotní stav zaměstnance. Špatné zařazení zaměstnavatele do pracovního procesu ze strany zaměstnance s dlouhodobým zdravotním oslabením na nevhodné pracovní místo, může tak přijít ke zhoršení jeho stavu a dále tak zaznamenat následovné čerpání nemocenské. Proto je nutné, aby mezi zaměstnanci a zaměstnavatelem fungovala jistá spolupráce, při které by bylo vhodné využít všechny dostupné zdroje k dobrému výkonu práce. V této souvislosti je vhodné udělat několik kroků ze strany zaměstnavatele, které by vedly k tvorbě nových pracovních míst, např. je -li nutné provést úpravu prostředí pro zaměstnance se znevýhodněním.

Stejně tak je důležitá i úprava samotného pracovního místa, kdy zaměstnavatel zajistí finanční prostředky na úpravu bez bariér, kompenzačních pomůcek, úpravy prostředí tak aby vyhovovalo zaměstnanci, a kromě úprav také je-li nutno i zajistit personální zajištění a to asistencí další fyzické osoby, která by mohla být i z řad jeho zaměstnanců.

Ve Zlínském kraji je zatím velmi malé množství projektů pro tyto občany, což nepřispívá v dnešní době ke zlepšení situace na trhu práce.

Bylo by velmi vhodné lépe využívat čerpání financí z Evropské unie a vytvářením více projektů pro tyto občany. Pro diplomovou práci bylo obtížné získat konkrétnější informace a přesnější data zaměřená na postavení zdravotně znevýhodněných skupin na trhu práce. A proto, by bylo doporučením nejen pro Zlínský kraj, vytvořením kvalitního informačního systému statistických informací a údajů, kde by bylo zaznamenávány počty obyvatel s jistým druhem zdravotního postižení či omezení s jasně danou strukturou, což by zajisté vedlo ke zlepšení zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním a lépe se tak uplatnit na trhu práce.

6 Závěr

Práce byla analýza postavení osob se zdravotním postižením na trhu práce s oporou ve státu a následném nalezení překážek při hledání zaměstnání, důvodu ukončení pracovních poměrů a stálost v zaměstnání na okolní aspekty, jako jsou věk, vzdělání, charakter omezení a další.

V teoretické části byly vymezeny a rozebrány charakteristiky zdravotně znevýhodněných osob, právní opora a integrace do klasického života. Hlavním bodem teoretické práce je definice a přiblížení zdravotního znevýhodnění, jak osoby jednotlivé, tak skupiny, včetně směrů znevýhodnění, které se zmíněných osob dotýkají. Dalším pojednáním o dopadech psychických souvisejících také se změnou osobnosti u lidí, kteří se potýkají s náročnými životními podmínkami v souvislosti s dlouhodobými zdravotními potížemi.

Dále se v teoretické části ukazuje seznámení s oblastí uplatnění OZZ s vlivem charakteru znevýhodnění, a především s oblastmi trhu práce, které se danou skupinou obyvatel zabývají a poskytují možnost uplatnění v zaměstnání, s konkrétním dělením pracovních pozic dle zdravotních postižení směru psychického, fyzického či smyslového. V neposlední řadě se práce také věnovala kapitole, která popisuje poradenství, jež je poskytováno zdravotně znevýhodněným osobám, ať už s podporou psychické či fyzické stránky člověka za účelem usnadnění žití.

Praktická část diplomové práce je započata šetřením v oblasti podpory OZZ ze strany státu, a to z pohledu subjektů, jež stojí za tvorbou a provozem sociálního systému. Podstatnou částí této kapitoly je Úřad práce, který je pro občany hlavním přínosem zaměstnání včetně přiřazení pozice dle možností každé osoby a zároveň největším subjektem, jež seskupuje pod jednou databází nejvíce pracovních nabídek s podrobným popisem náplně práce. Z uvedených statistik vyplývá, že u OZZ množství žadatelů o pracovní pozici roste s věkem, dále nejvyšší zastoupení z pohledu vzdělání je u osob vyučených, bez uvádění studovaných oborů a průměrná délka evidence na ÚP je o 562 dní vyšší, než u celkového počtu žadatelů. Dalším důležitým bodem práce s pohledu postavení OZZ na trhu práce jsou výhody pro zaměstnavatele, že v posledních letech

rozšiřují množství pracovních nabídek právě této skupině občanů. Výhody plynou z finančních prostředků, které následně zaměstnavatelů snižují náklady na zaměstnance, tudíž roste zisk, což je hlavním důvodem podnikání. Při zhodnocení tohoto bodu z mého pohledu, by však tyto prostředky měly být alespoň částečně povinně využívány pro přizpůsobení pracovišť osobám znevýhodněním, jako například bezbariérovými přístupy, topením či odvětráváním místností, kvalitní pracovní pomůcky, ať už osobní či v podobě například polohovací židle nebo jiných, které pracoviště v co největší míře přizpůsobí zaměstnancům s onemocněním či postižením různého charakteru.

Vyhodnocení dotazníkového šetření bylo rozděleno do jednotlivých dílčích závěrů, které se ve výsledku střetávaly s hodnotami získanými z ÚP či vyplývajícími ze známých skutečností obyvatelstva. Tyto výsledky byly následně doplněny vlastními názory na danou situaci.

7 Seznam použitých zdrojů

- [1] BEDNÁRIK, R. a kol. 2006. *Zmapovanie súčinnosti subsystémov sociálnej ochrany na zlepšenie zamestnanosti a zamestnatel'nosti občanov so zdravotným postihnutím* - I. etapa. Bratislava, december 2006, 86 s.
- [2] BOROŠ, J.: *Úvod do psychológie*: Bratislava: Iris 2002. 305 s. ISBN 80-89018-35-1.
- [3] BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K.: *Sociálna ochrana starších osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty*. Bratislava: Ing. Miroslav Mračko – Epos 2009. 463 s. ISBN 978-80-8057-797-1.
- [4] DAVIES, Martin. 2000. *The Blackweel encyclopaedia od Social Work*. Oxford: Blackweel Publishing, 2000. 412 s. ISBN 0-631-214551-8
- [5] FARKAŠOVÁ, D. a kol.: *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta 2005. 258 s. ISBN 80-8063-182-4.
- [6] GRŇA, P. 2004. *Nauč sa žiť. Aktívny vozík*. 50 s.
- [7] HANZELOVÁ, E. *Podpora zamestnávania občanov so zdravotným postihnutím. Rodina a práca* 05/2007 .
- [9] HARTL, P. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
- [10] KRHUTOVÁ, L. a kol. 2005. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 270 s. ISBN 80-244-1168-7.
- [11] KOLIBOVÁ, H. 2007. *Sociální politika 1*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 2007. 130 s. ISBN 978-80-85819-62-5.
- [12] KOLIBOVÁ, H. 2008. *Sociální politika 2*. 1. vyd. Opava: OPTYS, 2008. 136 s. ISBN 978-80-85819-67-0.
- [13] LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. 2004. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU v Trnave, 2004. 124s . ISBN 80-89104-35-5.
- [14] MATOUŠEK, O.: *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- [15] MATULAYOVÁ, T.: *Úvod do sociálnej práce a sociálnej politiky* (učební texty). Prešov : Filozofická fakulta PU 2007. 52 s.

- [16] NÉMETH, Ondrej. 1999. *Slabozrakosť ako pedagogický problém*. Bratislava: Sapienta, 1999. 113 s. ISBN 80-967180-5-3.
- [17] NOVOSAD, L. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
- [18] OLÁH, Z.2002. *Zrak a práca*. Bratislava: Poľana, s.r.o., 2002. 172 s. ISBN 80-89002-56-0.
- [19] OPATŘILOVÁ, D., PROCHÁZKOVÁ, L. 2011. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2011. 159 s. ISBN: 978-80-210-5536-0.
- [20] PIERSON, J. 2002. *Collins dictionary of Social work*, Glasgow: Harper Collins Publisher, 2002, 2 vyd. 616 s. ISBN 100-00-721478-2.
- [21] PERGLER, Ivan. 2002. *Zaměstnávání lidí s mentálním postižením*.
- [22] PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. 170 stran. ISBN 978-807-3920-944
- [23] SCHAVEL, M., ČÍŠECKÝ, F. *Sociálna prevencia*. 4.vyd. Bratislava: VŠZ a SP sv. Alžbety, 2009 ISBN 978-80-89271-22-1.
- [24] SVATOŠOVÁ, L., PRÁŠILOVÁ, M. *Statistické metody v příkladech*. Praha: ČZU v Praze, 2008. ISBN 978-80-213-1673-7.
- [25] ŠTRÉBLOVÁ, M. *Poznáváme svět se zrakovým postižením. Úvod do tyflopédie*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. 2002. Purkyně. Pedagogická fakulta
- [26] TOKÁROVÁ, A. *Kapitoly zo sociálnej práce*.1.vyd.Prešov : Akcent Print, 2000, ISBN 80-968367-5-7.
- [27] TOKÁROVÁ, A. a kol.: *Sociálna práca. Kapitoly z dejín teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta PU 2007. 573 s. ISBN 978-80-969419-8-8.
- [28] VAŠEK, Štefan. 2003. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava : Sapienta, 2003, 2 vyd. 177 s. ISBN 80-968797-2-3.

Internetové zdroje

[29] Česká správa sociálního zabezpečení. Dostupné na: <http://www.cssz.cz/cz/ozz/>

[30] Dodržování rovných příležitostí pro znevýhodněné skupiny. Dostupné z: <http://www.spcsr.cz/konference>

[31] Aktivní vozík: Občanské sdružení. Dostupné: <http://www.aktivnyvozik.sk>

[32] Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých v ČR. Dostupné z: <http://archiv.sons.cz/docs/e-bariery/>

[33] Portál veřejné správy. Dostupné: <https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=198~2F2009&rpp=15#seznam>

[34] Portál Naše projekty. Dostupné: <http://www.internetporadna.cz/nase-projekty/>

[35] Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dostupné na: https://portal.mpsv.cz/upcr/kp/zlk/evropsky_socialni_fond/projekty_v_realizaci/regionalni_individualni_projekty/bez_prekazek_ve_zk

[36] Český statistický úřad. Krajská správa ČSÚ ve Zlíně. Dostupné: **Chyba!**

Odkaz není platný.

[37] Český statistický úřad. Krajská správa ČSÚ ve Zlíně. Dostupné: https://www.czso.cz/csu/xz/mesta_a_obce

[38] Zlínský kraj. Dostupné: <https://www.kr-zlinsky.cz/o-kraji-cl-17.html>

Zákonné normy

Zákon č. 137/2006 sb., o veřejných zakázkách

Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů

Zákon č. 262/2006 Sb. zákoník práce

Zákon č. 329/2012 Sb. o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

8 Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 – mapa Zlínského kraje | 27 |
|--|----|

9 Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tab. 1 – Podíl uchazečů ÚP Zlínského kraje v poměru s ČR | 38 |
| Tab. 2 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle věku | 38 |
| Tab. 3 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle vzdělání..... | 39 |
| Tab. 4 - Struktura podílu uchazečů na ÚP dle průměrné evidence..... | 39 |
| Tab. 5 - Vývoj zaměstnanosti v období 2014 - 2015 pro ZZO..... | 45 |
| Tab. 6 - Délka nezaměstnanosti v období 2014 - 2016 pro ZZO..... | 46 |
| Tab. 7 – Věk respondentů | 42 |
| Tab. 8 –Vzdělání respondentů | 43 |
| Tab. 9 – Výše zdravotního omezení respondentů..... | 43 |
| Tab. 10 – Charakter zdravotního omezení respondentů | 44 |
| Tab. 11 – Možnost respondenta docházet na pracoviště | 45 |
| Tab. 12 - Respondenti bez možnosti docházení na pracoviště v závislosti na omezení..... | 45 |
| Tab. 13 - Požadavky na délku a formu pracovního úvazku..... | 46 |
| Tab. 14 - Pocit diskriminace při hledání zaměstnání..... | 46 |
| Tab. 15 - Pocit diskriminace v závislosti na charakteru zdravotního omezení..... | 47 |
| Tab. 14 - Ochota zaměstnavatele upravit pracovní podmínky OZZ..... | 48 |
| Tab. 16 – Přehled příjmů respondentů..... | 49 |
| Tab. 17 - Náročnost hledání zaměstnání jako OZZ oproti osobám bez znevýhodnění | 49 |

10 Seznam použitých zkratk

ČR - Česká republika

ZK – Zlínský kraj

ZPS - Zdravotně postižený

EU - Evropská unie

MPSV – Ministerstvo práce sociálních věcí

HDP - Hrubý domácí produkt

TP - Těžce postižený

OZP – Osoba se zdravotním postižením

OZZ - Osoba se zdravotním znevýhodněním

ZTP - Zvlášť těžce postižený

ZTP/P - Zvlášť těžce postižený s průvodcem

PID – Plný invalidní důchod

ČID – Částečně invalidní důchod

PC – Personal computer

ČSÚ - Český statistický úřad

ÚP - Úřad práce

PP – Pracovní poměr

PN – Pracovní neschopnost

WHO - World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

MPSV - Ministerstvo práce a sociálních věcí

Tab. – Tabulka

č. – číslo

Kč. – Koruna česká

HPP – Hlavní pracovní poměr

11 Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník

Příloha č. 2 - Podíl uchazečů ÚP Zlínského kraje v poměru s ČR za rok 2018 [38]

Příloha č. 1 – Dotazník

Výzkumný soubor je složen celkem z 19 otázek. Otázky, které byly respondentů položeny, jsou sestaveny tak, aby analýza poskytla výsledky v návaznosti na skupiny lidí dle pohlaví, věk, vzdělání a charakter omezení s konkrétními otázky k problematice.

Otázky byly doslovně kladeny dle následujícího soupisu:

1. Pohlaví
 - Muž
 - Žena

2. Věk
 - 20 – 30 let
 - 30 – 40 let
 - 40 – 50 let
 - 50 – 60 let
 - 60 let a více

3. Vzdělání
 - Základní
 - Vyučen/a
 - Střední s maturitou
 - Vysokoškolské

4. Jsem osobou sociálním orgánem vzhledem k pracovnímu omezení uznanou
 - OZZ (osoba se zdravotním znevýhodněním)
 - OZP (osoba se zdravotním znevýhodněním)
 - ČID (částečně invalidní důchodce)

5. Jsem OZZ alespoň jeden rok
 - Ano
 - Ne

6. Charakter zdravotního znevýhodnění
 - Pohybové potíže (postižení pohybového aparátu)
 - Smyslové potíže (zrak, sluch)
 - Manuální potíže (třepavka, amputace horní končetiny nebo její části, atd.)
 - Psychické potíže
 - Jiné

7. Způsob navštěvování zaměstnání
 - Bez omezení
 - Bezbariérový přístup
 - Práce z domu s občasným navštěvováním pracoviště
 - Práce pouze z domu

8. Požadovaný pracovní úvazek při hledání zaměstnání
 - HPP plný
 - HPP zkrácený
 - DPP / DPČ

9. Pocit diskriminace při hledání zaměstnání z důvodu zdravotního omezení
 - Ano, setkávám se s ním
 - Ano, občas se s ním setkávám
 - Ne, nesetkal/a jsem se s ním
 - Po dobu uznání OZZ jsem zaměstnání nehledal/a

10. Ochota zaměstnavatelů přizpůsobit pracovní podmínky potřebám OZZ
 - Ano, vždy mi bylo vyhověno
 - Ano, ve většinu případů mi bylo vyhověno
 - Nebylo mi vyhověno
 - Nemohu hodnotit

11. Měsíční příjem ze zaměstnání před uznáním OZZ, ZTP, ČID
- cca 10.000,-
 - cca 15.000,-
 - cca 20.000,-
 - cca 25.000,-
 - 30. 000,- a více
12. Měsíční příjem ze zaměstnání po uznáním OZZ, ZTP, ČID
- cca 10.000,-
 - cca 15.000,-
 - cca 20.000,-
 - cca 25.000,-
 - 30. 000,- a více
13. Měsíční příjem ze zaměstnání po uznáním OZZ, ZTP, ČID včetně finanční pomoci státem
- cca 10.000,-
 - cca 15.000,-
 - cca 20.000,-
 - cca 25.000,-
 - 30. 000,- a více
14. Hodnocení poklesu náročnosti nově získané práce po uznání OZZ
- do 10%
 - do 30%
 - do 50%
 - nad 50%
 - Náročnost se zvýšila
 - Změnu jsem nezaznamenal/a

15. Důvod ukončení zaměstnání získaného před uznáním OZZ:
- Ukončeno neschopností zvládat náročnost z důvodu uznání OZZ
 - Ukončeno zaměstnavatelem z důvodu dlouhé pracovní neschopnosti
 - Zaměstnání nebylo změněno
16. Potýkám se u sebe samotné/ho s častější uznanou pracovní neschopností ze zdravotních důvodů před uznáním OZZ
- Ano
 - Ne
17. Má častější pracovní neschopnost vliv na ukončení zaměstnání ze strany zaměstnavatele u mé osoby
- Ano
 - Ne
 - Změnu jsem nezaznamenal/a
 - Nepotýkám se s pracovní neschopností častěji než osoby bez uznání OZZ
18. Náročnost hledání zaměstnání před a po uznáním OZZ
- Jako OZZ hledám práci snadněji, a to se srovnatelným příjmem
 - Jako OZZ hledám práci snadněji, ale s nižším příjmem
 - Jako OZZ hledám práci snadněji, s vyšším příjmem
 - Jako OZZ jsem doposud zaměstnání neměnil/a
19. Změnily Vám zdravotní důvody ve výši pro uznání OZZ existenční situaci po finanční stránce?
- Ano, hodně
 - Částečně
 - Ne

Mnohokrát Vám děkuji za vyplnění dotazníku!

Příloha č. 2 Podíl uchazečů ÚP Zlínského kraje v poměru s ČR za rok 2018 [38]

| | Podíl nezaměstnaných osob (v %) | | | Uchazeči o zaměstnání | | | | | Volná pracovní místa | Počet uchazečů na 1 místo |
|------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|-----------------------|----------------|------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----------------------|---------------------------|
| | celkem | ženy | muži | celkem | ženy | absolventi a mladiství | osoby se zdravotním postižením | dosažitelní ve věku 15-64 let | | |
| Česká republika | 4,79 | 4,81 | 4,77 | 356 112 | 176 976 | 14 332 | 53 473 | 332 098 | 150 917 | 2,36 |
| v tom kraje: | | | | | | | | | | |
| Hl. m. Praha | 3,17 | 3,27 | 3,06 | 28 670 | 14 846 | 944 | 2 681 | 26 725 | 26 431 | 1,08 |
| Středočeský | 3,97 | 4,23 | 3,70 | 36 274 | 19 120 | 1 440 | 5 094 | 34 387 | 19 098 | 1,90 |
| Jihočeský | 3,86 | 3,89 | 3,82 | 17 779 | 8 899 | 764 | 3 220 | 16 090 | 9 967 | 1,78 |
| Plzeňský | 3,12 | 3,29 | 2,95 | 13 045 | 6 817 | 552 | 2 703 | 11 801 | 11 344 | 1,15 |
| Karlovarský | 4,95 | 4,82 | 5,07 | 10 814 | 5 245 | 380 | 1 202 | 9 750 | 4 485 | 2,41 |
| Ústecký | 7,38 | 7,72 | 7,07 | 42 556 | 21 744 | 1 709 | 6 349 | 40 003 | 8 451 | 5,04 |
| Liberecký | 4,93 | 5,13 | 4,73 | 15 413 | 7 983 | 696 | 2 195 | 14 126 | 6 413 | 2,40 |
| Královéhradecký | 3,46 | 3,35 | 3,56 | 13 204 | 6 344 | 629 | 2 106 | 12 283 | 7 041 | 1,88 |
| Pardubický | 3,60 | 3,46 | 3,74 | 13 078 | 6 227 | 608 | 2 445 | 12 165 | 12 241 | 1,07 |
| Kraj Vysočina | 4,48 | 4,53 | 4,43 | 15 399 | 7 575 | 652 | 3 017 | 14 962 | 6 325 | 2,43 |
| Jihomoravský | 5,66 | 5,73 | 5,58 | 45 829 | 22 914 | 1 905 | 6 955 | 43 592 | 13 359 | 3,43 |
| Olomoucký | 5,52 | 5,29 | 5,74 | 24 846 | 11 829 | 925 | 3 626 | 22 904 | 7 161 | 3,47 |
| Zlínský | 4,48 | 4,30 | 4,66 | 18 217 | 8 572 | 804 | 3 204 | 17 242 | 7 344 | 2,48 |
| v tom okresy: | | | | | | | | | | |
| Kroměříž | 5,35 | 5,16 | 5,53 | 4 133 | 1 980 | 193 | 729 | 3 732 | 1 086 | 3,81 |
| Uherské Hradiště | 4,18 | 4,25 | 4,12 | 4 058 | 2 017 | 211 | 823 | 3 941 | 2 072 | 1,96 |
| Vsetín | 5,39 | 4,77 | 5,98 | 5 226 | 2 270 | 208 | 805 | 5 102 | 2 202 | 2,37 |
| Zlín | 3,55 | 3,49 | 3,61 | 4 800 | 2 305 | 192 | 847 | 4 467 | 1 984 | 2,42 |
| Moravskoslezský | 6,97 | 6,65 | 7,28 | 60 988 | 28 861 | 2 324 | 8 676 | 56 068 | 11 257 | 5,42 |

Zdroj: Krajská správa ČSÚ ve Zlíně